

COPILUL DIFICIL

Manualul terapeutului
pentru evaluare
și pentru trainingul părinților

Russell A. Barkley

COLECȚIA PSIHOLOGUL EXPERT



IV 82.624

BIBL. CENTR. UNIV.
„M. EMINESCU” IASI

IV 82.624

COLECȚIA PSIHOLOGUL EXPERT



COPILUL DIFICIL

Manualul terapiei
pentru evaluare
și pentru trainingul părinților

Editura ASCR

Traducere din limba engleză de Kálmán Foa

Adaptare în limba română de Kálmán Foa și Mihaela Porumb

Russell A. Barkley

Editura ASCR

ASCRED

ALE

Cluj - Napoca | 2011

650 409

COPILUL DIFICIL

Manualul terapeutului
pentru evaluare
și pentru trainingul părinților

Ediția a doua

Traducere din limba engleză de Kállay Éva
Adaptare în limba română de Kállay Éva și Mihaela Porumb

Russell A. Barkley



1001011

BCU IASI

0 7 FEB 2013

BARKLEY, RUSSELL A.

Copilul dificil : manualul terapeutului pentru evaluare și trainingul

părinților / Russell A. Barkley; trad.: Kállay Éva; adapt. în lb. română:

Kállay Éva, Mihaela Porumb. - Ed. a 2-a. - Cluj-Napoca: Editura ASCR, 2011

Bibliogr.

ISBN 978-606-8244-18-1

I. Kállay Éva (trad. ; adapt.)

II. Porumb, Mihaela (adapt.)

159.922.7

Această ediție este publicată cu acordul The Guilford Press.

Traducerea versiunii originale din limba engleză este realizată de S.C. COGNITROM S.R.L. și Editura ASCR. Responsabilitatea pentru acuratețea traducerii revine exclusiv S.C. COGNITROM S.R.L. și Editurii ASCR și nu The Guilford Press.

Ediția în limba engleză:

Defiant children. A Clinician's Manual for Assessment and Parent Training

Copyright © 1997 The Guilford Press

A Division of Guilford Publications, Inc.

72 Spring Street, New York, NY 10012

Publisher's note

The Publisher grants to individual purchasers of this book nonassignable permission to reproduce handouts and form in this book for personal use in clinical practice and not for resale or redistribution.

These materials are intended for use only by qualified mental health professionals. This license is limited to the individual purchaser and does not extend to others. The license does not grant the right to reproduce these materials for others purposes (including but not limited to books, pamphlets, articles, video or audio tapes, handouts or slides lectures or workshops). Permission to reproduce these materials for these and any other purposes must be obtained in writing from Guilford Publications.

Ediția în limba română:

Copilul dificil. Manualul terapeutului pentru evaluare și pentru trainingul părinților.

Traducere din limba engleză de Kállay Éva

Adaptare în limba română de Kállay Éva și Mihaela Porumb

Design: Carolina Banc

Paginație și prepress: Kitty Bojan

Editor: Diana Breaz

Pentru comenzi:

Tel/fax: 0264581499

comenzi@ascr.ro

ed.ascr@gmail.com

www.ascr.ro

Copyright © 2009, 2011 COGNITROM

Toate drepturile rezervate.

Reproducerea integrală sau parțială a textului, stocarea într-o bază de date sau transmiterea lui în orice formă sau prin orice mijloace, electronic, mecanic, fotocopiare, înregistrare sau de altă natură, fără acordul prealabil al COGNITROM, este interzisă și se pedepsește conform legii.

07 FEB. 2013

Încă o dată, cu dragoste și recunoștință, părinților mei,
Mildred M. Barkley
și Donald S. Barkley

Și în amintirea plină de afecțiune pentru mama mea vitregă,
Rebecca Mercer Barkley

Prefață	9
Introducere	11
Informații	23
Capitolul 1	25
Capitolul 2	51
Capitolul 3	77
Capitolul 4	85
Capitolul 5	93
Capitolul 6	96
Capitolul 7	103
Capitolul 8	112
Capitolul 9	123
Capitolul 10	135
Capitolul 11	149
Capitolul 12	151
Capitolul 13	159
Capitolul 14	163
Capitolul 15	167
Capitolul 16	171
Capitolul 17	175
Capitolul 18	176
Capitolul 19	177
Capitolul 20	180
Capitolul 21	182

Cuprins

Prefață	9
Introducere	11
Partea I Informații necesare utilizării programului	23
Capitolul 1 Rațiunile fundamentale ale programului	25
Capitolul 2 Evaluarea clinică a copiilor dificili	51
Capitolul 3 Considerente practice în training-ul părinților	77
Capitolul 4 O trecere în revistă a programului de training al părinților	85
Partea a II-a Ghidul terapeutului pentru implementarea programului de training	93
Etapa 1 De ce sunt copiii neascultători	95
Etapa 2 Acordați-le atenție!	105
Etapa 3 Dezvoltarea complianței și a jocului independent	113
Etapa 4 Când lauda nu este suficientă: jetoane și puncte	123
Etapa 5 Metoda <i>Time-Out</i> și alte metode de disciplinare	135
Etapa 6 Utilizarea metodei time-out și în cazul altor comportamente neadecvate	149
Etapa 7 Anticiparea problemelor: managementul comportamentelor copilului în locuri publice	151
Etapa 8 Îmbunătățirea comportamentului școlar de acasă: <i>fișa de evaluare a comportamentului școlar zilnic</i>	159
Etapa 9 Managementul problemelor comportamentale viitoare	163
Etapa 10 Ședința de fixare și întâlnirile de follow-up	167
Partea a III-a Instrumente de evaluare	171
Instrucțiuni generale de completare a chestionarelor (Formularul 1)	175
Informații despre copil și familie (Formularul 2)	176
Formularul de istoric medical și de dezvoltare (Formularul 3)	177
Scala de evaluare a tulburărilor de comportamente disruptive - varianta pentru părinți (Formularul 4)	180
Scala de evaluare a tulburărilor de comportamente disruptive - varianta pentru educatori (Formularul 5)	182

Chestionarul de evaluare a situațiilor de acasă (Formularul 6)	183
Chestionarul de evaluare a situațiilor de la școală (Formularul 7)	184
Cum să vă pregătiți pentru procesul de evaluare a copilului (Formularul 8)	185
Interviu clinic – Formular pentru părinți (Formularul 9)	194
Scala de evaluare a comportamentului adulților – Auto-evaluarea comportamentului actual (Formularul 10)	219
Scala de evaluare a comportamentului adulților – Auto-evaluarea comportamentului din copilărie (Formularul 11)	220
Partea a IV-a Fișe de lucru pentru părinți	221
Fișe de lucru pentru părinți pentru Etapa 1: Profiluri ale caracteristicilor copilului și ale părintelui	225
Fișe de lucru pentru părinți pentru Etapa 1: Scala de evaluare a problemelor de familie	226
Fișe de lucru pentru părinți pentru Etapa 2: Atenție la comportamentele de joacă pozitive ale copilului dumneavoastră	229
Fișe de lucru pentru părinți pentru Etapa 3: Atenție la complianța copilului dumneavoastră	232
Fișe de lucru pentru părinți pentru Etapa 3: Dați comenzi eficiente	233
Fișe de lucru pentru părinți pentru Etapa 3: Participarea la jocul independent	234
Fișe de lucru pentru părinți pentru Etapa 4: Sistemul de recompense cu jetoane și puncte de acasă	236
Fișe de lucru pentru părinți pentru Etapa 5: Time Out!	239
Fișe de lucru pentru părinți pentru Etapa 7: Anticiparea problemelor - Managementul comportamentului copilului în locuri publice	243
Fișe de lucru pentru părinți pentru Etapa 8: Folosirea unei fișe de evaluare zilnică a comportamentului școlar	246
Fișe de lucru pentru părinți pentru Etapa 9: Managementul problemelor comportamentale viitoare	253
Bibliografie	255

Prefață

Ca și în cazul primei ediții, acest manual își propune să prezinte secvența procedurilor în trainingul părinților pe abilități de management al copilului, care face parte din practica mea clinică din ultimii 20 de ani și care este în mare parte rezultatul a 30 de ani de cercetări în domeniu și de experiență clinică. În ultimii 15 ani, mai bine de 6 000 de specialiști în sănătate mentală din Statele Unite ale Americii și din Canada au învățat aceste proceduri în cadrul unor workshopuri de o zi. Rezultatul acestor workshopuri a fost foarte mulțumitor. Majoritatea celor care au participat la aceste workshopuri nu numai că au învățat proceduri extrem de utile în practica lor clinică, dar m-au și încurajat să editez un manual care să cuprindă aceste proceduri și care să servească drept ghid clinic celor care lucrează în sănătatea mentală a copilului. Le sunt cu adevărat recunoscător celor care m-au încurajat și datorită cărora a apărut prima ediție a acestui manual. Încurajări similare au contribuit, și de aceasta dată, la revizuirea primei ediții. Aceasta revizuire mi-a permis: (1) să adaug referințe științifice în sprijinul argumentelor ce susțin programul și eficiența procedurilor pe care le presupune; (2) să ofer un număr mai mare de instrumente de evaluare disponibile în acest manual și să aduc la zi metodele de evaluare existente deja în program; (3) pe baza unor cercetări suplimentare în domeniu și a experienței clinice, am revizuit instrucțiunile pentru urmarea secvențelor programului; (4) am creat o nouă sesiune a programului destinată părinților, care vizează felul în care părinții pot contribui la îmbunătățirea comportamentului școlar al copilului lor.

La originea acestui program de training se află un set de metode dezvoltate de Dr. Constance Hanf, Profesor Emeritus la Universitatea Centrului de Sănătate Mentală Oregon, în urmă cu 25 de ani. Programul, numit „program bi-stadial” pentru noncompliancea copilului, era format la vremea respectivă din două proceduri fundamentale al căror scop era să-i învețe pe părinți modalități mai eficiente de coping cu noncompliancea copilului. În primul rând, părinții erau învățați o metodă eficientă de a răspunde pozitiv la comportamentele adecvate ale copilului, mai ales în cazurile de compliance la solicitările părintelui, în timp ce comportamentele inadecvate erau ignorate. După aceea, în a doua fază, părintele era învățat o a doua procedură, care consta în aplicarea tehnicii time-out imediat după ce copilul manifesta noncompliancea la o solicitare a părintelui. Combinarea acestor două tehnici s-a dovedit a fi un bun pachet de intervenție în cazul noncompliancei copilului. Practica acestor metode în clinică, sub supervizarea terapeutului, a reprezentat o parte importantă a acestui program. La fel de importante erau și scurtele prezentări verbale cu privire la aplicarea acestor metode în mediul de acasă. Ținând cont că aceste proceduri nu au fost publicate, mulți dintre psihologi, inclusiv eu însumi, am avut prilejul să le învățăm, împreună cu abilitățile necesare pentru a le transmite mai departe, în cadrul programului de training care a avut loc în cadrul universității, sub coordonarea d-nei Dr. Hanf. Cei care vor să studieze mai în detaliu programul original pot să citească textele lui Forehand și McMahon (1981),

care prezintă detaliat procedurile sau cercetările mai vaste ale Dr. Forehand, ale colegilor și ale studenților săi, făcute pe o perioadă de 10 ani până la apariția acestei ediții a cărții.

În ultimii 20 de ani în care am utilizat acest program, am avut ocazia să-l extind și să-l modific, pentru a putea lucra cu copii cu ADHD, TOP și TC sau cu alte tulburări comportamentale, mai grave. O parte introductivă a fost adăugată variantei originale, pentru a le explica părinților cum se dezvoltă comportamentele deviate și mai ales cum se dezvoltă noncompliance la copii. De asemenea, sunt oferite mai multe informații prin care părinții sunt învățați nu numai cum să întărească legătura dintre solicitare și compliance, ci și să încurajeze copiii să se joace singuri, atunci când părinții nu pot fi întrerupți din activitatea în care sunt angajați. În noua variantă a programului a fost introdusă și o formă modificată a *Programului de recompense cu jetoane de acasă* (Christopherson, Barnard și Barnard, 1981). Acest lucru a fost necesar, deoarece s-a observat la copiii cu probleme grave și/sau cronice de comportament că nu răspund la fel de bine la recompensele sub formă de laudă sau emoționale, cum răspund copiii normali. În consecință, era nevoie de un sistem de recompense mai puternic pentru a crește și susține compliancea copilului la solicitările părintelui. Variantei originale a programului lui Hanf i-au mai fost adăugate câteva ședințe în plus pentru a aborda probleme specifice în copingul cu noncompliancea copilului în locuri publice (magazine, restaurante etc) și pentru pregătirea părinților pentru situații viitoare în care comportamentul copilului este inadecvat. În ciuda acestor modificări, s-a încercat pe cât posibil să se respecte principiile pe care se bazează varianta originală a programului, inclusiv cerințele legate de respectarea temelor de casă și de fișele de lucru pe care părinții trebuie să le prezinte cu privire la aplicarea în mediul de acasă a tehnicilor învățate, toate acestea pentru a spori eficiența ședințelor de terapie din cadrul programului.

Acest nou program, în forma în care este prezentat aici, se datorează în mare parte discuțiilor stimulative, euristice și colaborative pe care le-am avut de-a lungul timpului cu persoane care au fost și ele instruite în programul original și cu care am avut ocazia să colaborez. Charles Cunningham, Eric Mash și Eric Ward au contribuit foarte mult la modificările pe care le-am făcut în program și la formularea unor noi concepte bazate pe studii recente și pe practica clinică. De asemenea, le sunt recunoscător lui Arthur Anastopoulos, George DuPaul, Terri Shelton, Mariellen Fischer și Gwentyth Edwards pentru comentariile și sugestiile lor privind perfecționarea programului. Scrisorile și discuțiile mele cu Rex Forehand, Robert McMahon și cu facultatea din cadrul Universității de Științe ale Sănătății Oregon, *Centrul de Reabilitare și Dezvoltare a Copilului*, au avut, de asemenea, contribuții semnificative în eficientizarea acestui program.

Îi mulțumesc lui Peter Wengert pentru încurajările lui în editarea primei versiuni a acestui manual, lui Seymour Weingarten și Robert Matloff, de la Guilford Press, pentru încurajările lor în editarea acestei a doua ediții și pentru tot sprijinul pe care mi l-au acordat în încercările mele de a scrie această a doua ediție. Îi sunt pe deplin recunoscător soției mele, Pat, și copiilor, Stephen și Kenneth, care au renunțat la timpul petrecut de obicei în familie, pentru ca acest proiect al meu să poată fi finalizat. Înțelepciunea pe care am dobândit-o în urma experiențelor unice cu copiii mei este fără îndoială „încorporată” în ideile prezentate aici. În final, le sunt profund recunoscător celor peste 1200 de familii cu copii cu probleme de comportament, pe care am avut oportunitatea să-i învăț procedurile din acest program. Multe dintre sugestiile lor pentru îmbunătățirea programului apar în această carte.

Dr. Russell A. Barkley
Worcester, Massachusetts

Introducere

Scopul programului

Acest manual a fost construit pentru a servi mai multor scopuri. În primul rând, oferă instrucțiuni detaliate pentru evaluarea clinică a copiilor dificili sau cu probleme de comportament. Pentru realizarea acestor evaluări, clinicienii pot folosi o serie de formulare de interviu și scale de evaluare a comportamentelor, disponibile în manual. Aceste instrumente de evaluare pot fi fotocopiate dacă e nevoie, însă există niște limite impuse de drepturile de autor. Unele formulare sunt folosite pentru evaluarea periodică a felului în care copilul și părintele răspund la programul de training sau pentru o evaluare la scurt timp după terminarea training-ului, evaluarea post-intervenție. În al doilea rând, și mult mai important, manualul specifică procedurile care trebuie urmate pas-cu-pas în susținerea unui program eficient, validat empiric, ce vizează training-ul clinic al părinților în managementul copiilor cu probleme de comportament. S-a acordat deosebită atenție la pregătirea formatului pentru prezentarea fiecărui pas al programului, astfel încât acest manual să fie foarte practic în susținerea training-ului. În al treilea rând, acest manual oferă și un set de materiale (fișe de lucru) pentru părinți, care vor fi folosite pe parcursul training-ului. Materialele (fișe de lucru) includ și formulare care vor fi completate de părinți, precum și instrucțiuni de utilizare a acestora în cadrul fiecărei sesiuni de training. Fișele de lucru pentru părinți sunt scurte și ușor de citit. Ele nu vor fi utilizate în afara programului de training, de către un alt terapeut.

Acest manual și programul pe care îl descrie nu sunt destinate utilizării de către persoane care nu sunt specializate sau nu au cunoștințe și abilități în oferirea de servicii în sănătate mentală copiilor cu probleme de comportament și familiilor acestora. Profesioniștii care utilizează acest program trebuie să fie specializați în domenii ca dezvoltarea copilului, psihopatologia copilului, învățare socială și tehnici de modificări comportamentale și în alte intervenții clinice pe probleme de familie. Pe scurt, acest program nu este un substitut pentru alte specializări clinice sau pentru judecata clinică și problemele de etică, când avem de-a face cu copii cu probleme de comportament și cu familiile lor. Se acordă o atenție sporită felului în care aceste metode sunt particularizate potrivit caracteristicilor individuale ale fiecărui copil și ale familiei sale.

Acest manual nu se vrea a fi un rezumat al literaturii de specialitate pe programe de training parental sau al unor studii pe probleme de comportament la copii. Astfel de treceri în revistă ale literaturii sau alte abordări similare ale training-urilor parentale au fost publicate pe numeroase forumuri (vezi Dangel și Polster, 1984; Forehand și McMahon, 1981; Mash și Barkley, 1989, în presă; Mash, Hamerlynck și Handy, 1976; Mash, Handy și Hamerlynck, 1976; Patterson, 1982; Patterson, Reid și Dishion, 1992; Patterson, Reid, Jones și Conger, 1975; Wells și Forehand, 1985). Înainte să parcurgă

această abordare, cititorul ar putea dori să consulte aceste surse și altele, pentru mai multe informații despre programele de training al părinților (Schaefer și Briesmeister, 1989). Acest manual se vrea a fi un ghid clinic pentru efectuarea doar a acelor proceduri care sunt pertinente pentru această secvență specifică, și anume metodele de management comportamental al copilului.

Copii eligibili pentru acest program

Ca și în cazul altor proceduri, acest program nu a fost creat pentru a fi aplicat tuturor copiilor indiferent de ce probleme au sau în funcție de îngrijorările majore ale familiilor acestor copii. Programul este în mod specific destinat copiilor care manifestă noncompliance, comportament sfidător, comportament opoziționist, sunt încăpățânați sau manifestă comportamente anti-sociale. Aceste comportamente deviante pot să apară singure sau în combinație cu alte tulburări ale copilăriei. De obicei, ne referim la acești copii ca la copii cu tulburări de „externalizare” sau de „acting-out” (când „se dau în spectacol”). La nivel de simț comun, acești copii sunt etichetați ca fiind dificili ori agresivi. În limbaj clinic, vorbim de diagnosticul de *Tulburarea opoziționismului provocator (TOP)*, *Tulburarea de deficit de atenție și hiperactivitate (ADHD)*, *Tulburarea de conduită (TC)*, instalarea în copilărie a *Tulburării bipolare*, ținând cont că noncompliance și comportamentul dificil sunt probleme primare de dezvoltare la acești copii. Programul de față are rezultate destul de bune și în cazul copiilor cu întârzieri în dezvoltare (retard mental), la care noncompliance și sfidarea reprezintă o problemă pentru părinți. Deși programul a fost destinat doar copiilor cu probleme clinice, anumite părți din program sunt aplicabile și pentru probleme de comportament situaționale mai puțin severe, în cazul unor copii de altfel normali, ale căror familii însă urmează o formă mai generală de terapie pentru părinți, de cuplu sau de familie. Copii care sunt dificili și care manifestă comportamente sfidătoare sau comportamente de „acting-out” („se dau în spectacol”), ca reacții de adaptare la separarea sau divorțul părinților, adesea răspund foarte bine la metodele acestui program de training. Pe scurt, pentru copiii care manifestă probleme de noncompliance a solicitărilor ori a comenzilor impuse de părinți sau pentru cei care au probleme în a se supune regulilor casei sau celor din comunitate, acest program se va dovedi a fi foarte util.

Programul a fost construit pentru copiii care au un limbaj și un nivel general al dezvoltării cognitive caracteristic vârstei de cel puțin 2 ani și care au o vârstă cronologică cuprinsă între 2 și 12 ani. Deși programul poate fi utilizat și pentru copiii cu o vârstă de 18 luni, succesul programului depinde de nivelul dezvoltării limbajului receptiv, deoarece copiii trebuie să aibă capacitatea de a înțelege comenzile, solicitările sau instrucțiunile părinților. Copiii cu vârste sub 2 ani, care prezintă întârzieri în dezvoltarea limbajului, vor răspunde mai puțin eficient la acest program sau familiile lor vor solicita mai mult timp și exercițiu în cadrul programului de training, în raport cu familiile ai căror copii nu prezintă astfel de întârzieri în dezvoltarea limbajului. De asemenea, unele metode disponibile în program (cu excepția tehnicii time-out) pot fi utilizate și cu copii care au 13 ani sau mai mult, în funcție de nivelul lor de maturitate socială și de severitatea problemelor lor. Preadolescenții imaturi care manifestă un comportament noncompliant de intensitate ușoară până la moderată pot fi tratați cu succes în cadrul acestui program, putând fi observate modificări caracteristice unui nivel mai ridicat al dezvoltării lor mentale și al dorinței lor de a fi autonomi și de a participa la deciziile care se iau în familie cu privire la comportamentul lor. Totuși, în cazul copiilor mai mari de 13 ani, se recomandă programul de terapie familială creat de Arthur Robin (1979, 1981, 1984) și Sharon Foster (Robin și Foster, 1989) sau un program similar cum este cel al lui

Forgatch și Patterson (1987). Aceste programe, față de programul de training în discuție, se concentrează mai mult pe tehnici de rezolvare de probleme și comunicare în familie, decât pe abilități de rezolvare a conflictelor.

Prezentul program a fost eficient atât în cazul familiilor cu un singur părinte, cât și în cazul familiilor cu ambii părinți, în cazul celor cu un nivel educațional sau economic mai scăzut sau chiar în cazul familiilor abuzive, constrângerile de mai sus fiind valabile și în aceste situații. Chiar și atunci când copilul care face parte dintr-o familie abuzivă nu manifestă comportamente deviante, acest program poate fi util pentru a-i învăța pe părinți metode mai eficiente pentru managementul zilnic al copilului.

Deși programul poate fi folosit ca formă primară de intervenție oferită părinților care au copii dificili, el poate fi folosit și în combinație cu alte forme de terapie oferite părinților care au probleme sau familiilor care au copii cu probleme de comportament. Mulți terapeuți au considerat programele de training comportamental al părinților foarte utile atunci când sunt folosite în combinație cu consilierea de cuplu, mai ales acolo unde apar neînțelegeri între părinți cu privire la managementul copilului (vezi pentru mai multe discuții, Sanders, 1996), sau în combinație cu psihoterapia persoanelor cu anxietate, cu depresie ori a adulților cu probleme de adaptare, care întâmpină dificultăți în managementul comportamentului copilului lor. Programul poate să facă parte dintr-un pachet de tehnici de intervenție pentru copii agresivi social, cu comportament opoziționist sau probleme de conduită, care, la rândul lor, pot beneficia de pe urma unei forme de training pentru copii ce vizează direct optimizarea abilităților sociale de rezolvare de probleme (Kazdin, Esveltd-Dawson, French și Unis, 1987; Kazdin, Siegel și Bass, 1992).

Obiectivele programului

Acest program are un număr redus de obiective, însă este extrem de eficient în îndeplinirea lor în majoritatea cazurilor. Aceste obiective sunt:

1. Să îmbunătățească abilitățile și competențele părinților în managementul problemelor de comportament ale copilului dificil, în special al comportamentelor de noncompliance.
2. Să dezvolte cunoștințele părinților referitoare la cauzele comportamentului dificil din copilărie, precum și principiile și conceptele care stau la baza învățării sociale a unor astfel de comportamente.
3. Să îmbunătățească compliancea copilului la solicitările, comenzile și regulile stabilite de părinți.
4. Să sporească armonia în familie prin utilizarea mai frecventă de către părinți a atenției pozitive și a altor consecințe (întăriri/recompense) cu copiii; oferirea unor comenzi, reguli și instrucțiuni clare pentru copil; aplicarea unor metode de disciplină imediate și corecte, pentru comportamentele inadecvate; și acordarea unei mai mari atenții comportamentului parental bazat pe reguli.

Rezultate așteptate ale acestui program

La baza procedurilor prezentate în acest manual, se află un număr substanțial de cercetări care le susțin eficiența (Anastopoulos, Shelton, DuPaul și Guevremont, 1993; Forehand și McMahon, 1981; McMahon și Forehand, 1984; Patterson, 1982; Patterson,

Dishion și Chamberlain, 1993; Patterson și colab., 1992; Sanders, 1996; Webster-Stratton, 1982; Webster-Stratton și Spitzer, 1996). În sprijinul fiecărei proceduri stau mai multe studii publicate care demonstrează îmbunătățiri ale comportamentului copilului, ca funcție a acestor metode sau a altora similare de management comportamental, adoptate de părinți, incluzând: (1) îmbunătățirea abilităților de atenție selectivă ale părinților (Eyberg și Robinson, 1982; Forehand și McMahon, 1981; Kelley, Embry și Baer, 1979; Patterson, 1982; Pollard, Ward și Barkley, 1983; Pisterman și colab., 1989; Roberts, 1985; Webster-Stratton, Hollinsworth și Kollpacoff, 1989), (2) îmbunătățirea felului în care părinții exprimă comenzile (Blum, Williams, Friman și Christophersen, 1995; Forehand și McMahon, 1981; Green, Forehand și McMahon, 1979; Patterson, 1982; Roberts, McMahon, Forehand și Humphreys, 1978; Williams și Forehand, 1984), (3) îmbunătățirea jocului independent la copii (Anastopoulos și colab., 1993; Pollard și colab., 1983; Wahler și Fox, 1980), (4) utilizarea tehnicii time-out de către părinți (Anastopoulos și colab., 1993; Bean și Roberts, 1981; Day și Roberts, 1982; Eyberg și Robinson, 1982; Forehand și McMahon, 1981; Patterson, 1982; Pisterman și colab., 1989; Roberts, Hatzenbuehler și Bean, 1981; Roberts și colab., 1978; Strayhorn și Weidman, 1989; Wahler și Fox, 1980; Webster-Stratton și colab., 1989), (5) costul răspunsurilor, ca metodă de disciplină (Anastopoulos și colab., 1993; Little și Keley, 1989), precum și (6) planificarea parentală și planificarea activităților ca măsuri de prevenție a problemelor, mai ales înaintea intrării în locuri publice (Anastopoulos și colab., 1993; Pisterman și colab., 1989; Sanders și Christensen, 1984; Sanders și Dadds, 1982; Sanders și Glynn, 1981).

Printre alți factori, succesul programului este influențat în mare măsură de intensitatea, natura și severitatea psihopatologiei copilului sau a familiei (vezi mai departe *Predictori ai succesului sau eșecului*). În cazul copiilor la care principala problemă este noncompliance sau comportamentul opoziționist, dar nivelul de funcționare a familiei nu este foarte afectat, cu ajutorul acestui program de training, comportamentul copilului sau nivelul său de compliance este adus la un nivel normal, adecvat categoriei de vârstă din care face parte copilul. Din experiența mea, compliance la copiii cu diverse forme de tulburări de dezvoltare, cum ar fi ADHD-ul, TOP, CT sau *Tulburări pervasive de dezvoltare*, care sunt de natură cronică, poate fi mult îmbunătățită cu ajutorul acestui tip de program de intervenție. Cu toate acestea, după terminarea tratamentului, scorurile obținute de acești copii la scalele de evaluare a comportamentului pot să fie deviate, mai ales la evaluarea comportamentelor de atenție sau a celor impulsive, față de scorurile obținute de copiii normali, mai ales de acei copii la care simptomatologia ADHD-ului a fost mai severă înaintea intervenției (Anastopoulos și colab., 1993; Johnson, 1992). În cazul în care simptomatologia este severă, se lucrează mult cu părinții mai degrabă pe adaptarea la problemele copilului, decât pe „tratarea” acestora; cu ajutorul acestui program, poate fi redus nivelul în care noncompliance copilului poate să afecteze diferitele probleme ale copilului sau stresul resimțit în familie.

Copiii cu vârste mai mari de 12 ani ori cei care sunt foarte agresivi sau îi atacă pe alții nu ar trebui să fie luați în considerare drept candidați pentru acest program. Adesea, aceștia nu răspund cum trebuie la program sau, mai rău, reacțiile lor la procedurile din cadrul programului duc la intensificarea conflictelor în familie. În cazuri mai rare, se poate constata o creștere la copil a comportamentului agresiv, distructiv sau chiar de atac al altor persoane, care nu face decât să provoace și mai mult stres în familie (Barkley, Guevremont, Anastopoulos și Fletcher, 1992). Copiii mai mari, care utilizează deja de câțiva ani comportamente coercitive (mai ales rezistența fizică sau verbală) sau care au nivele mai ridicate de probleme de conduită sau comportamente dificile, pot avea alte tulburări psihiatrice mai grave sau pot proveni din familii dezorganizate (Dishion și Patterson, 1992; Patterson și colab., 1992). Pentru toate aceste motive, copiii mai mari pot să beneficieze mai puțin de pe urma acestui program de training al părinților,

deși unele beneficii pot să apară la unii copii sau la familiile lor (Barkley, Guevemont și colab., 1992; Dishion și Patterson, 1992). Copiii mai mari de 12 ani sau adolescenții cu agresivitate severă și comportamente sfidătoare sunt mai bine tratați fie cu ajutorul pachetelor de intervenție din cadrul clinicilor (Patterson și colab., 1993), fie cu ajutorul altor forme de terapie la domiciliu (Mann, Borduin, Henggeler și Blaske, 1990), fie prin tratamentele oferite în centrele de îngrijire medicală, prin programele disponibile în spitale, prin facilitățile de tratament din diverse centre sau în unitățile de psihiatrie cu copii spitalizați, presupunând că părinții participă într-un program de instruire care îi pregătește pentru întoarcerea acasă a copilului.

Părinții care au cel puțin liceul absolvit și care se confruntă cu un nivel minim de stres personal sau în familie au șanse foarte mari să dobândească și să utilizeze cunoștințele învățate în acest program de intervenție și să se declare mulțumiți de procedurile învățate (Calvert și McMahon, 1987; Forehand și McMahon, 1981; McMahon și Forehand, 1984; Patterson, 1982; Sanders, 1996; Webster-Stratton și Spitzer, 1996). Metodele învățate pe parcursul acestui program au un nivel ridicat de acceptabilitate în rândul celor care au analizat aceste proceduri sau în rândul părinților care sunt beneficiarii direcți ai programului (Calvert și McMahon, 1987; Kazdin, 1980; McMahon, Tiedemann, Forehand și Griest, 1984; Sanders, 1996; Webster-Stratton și Spitzer, 1996). Astfel de părinți nu numai că raportează o îmbunătățire a comportamentului dificil al copilului lor (Anastopoulos și colab., 1993; Bernal, Klennert și Schultz, 1980; Dubey, O'Leary și Kaufman, 1983; Eyberg și Robinson, 1982; Forehand și McMahon, 1981; Patterson, Chamberlain și Reid, 1982; Pisterman și colab., 1989; Pollard și colab., 1983), ci au demonstrat schimbări observabile în propriul comportament (Patterson, 1982; Patterson și colab., 1982), precum și atitudini mai favorabile față de copiii lor (Forehand și McMahon, 1981; McMahon și Forehand, 1984; Webster-Stratton și colab., 1989). Părinții care au fost instruiți în tehnici de management comportamental al copilului au beneficiat de îmbunătățiri în abilitățile parentale, reducerea stresului parental, o creștere a stimei de sine și a sentimentului de competență parentală (Anastopoulos și colab., 1993; Pisterman și colab., 1989; Spaccarelli, Cotler și Penman, 1992; Spitzer și Webster-Stratton, 1991), îmbunătățiri ale comportamentelor dintre frați (Eyberg și Robinson, 1982; Humphreys, Forehand, McMahon și Roberts, 1978) și de funcționare maritală și în familie mult mai bună (Forehand și McMahon, 1981).

Menținerea în timp a rezultatelor programului

Mai multe studii au încercat să investigheze perioada de timp în care se mențin aceste interacțiuni favorabile dintre părinte și copil, odată ce tratamentul a luat sfârșit. Îmbunătățirea comportamentului copilului, al părintelui, precum și a atitudinii pe care o au părinții față de copii s-a arătat că se menține pe perioade mai mari de timp, începând de la 3 luni după terminarea tratamentului și până la 4,5 ani sau chiar 9 ani (Dubey și colab., 1983; Forehand și McMahon, 1981; McMahon și Forehand, 1984; Patterson, 1982; Patterson și Fleischman, 1979; Pisterman și colab., 1989; Strain, Steele, Ellis și Timm, 1982; Webster-Stratton, 1982; Webster-Stratton și colab., 1989). Există mai multe studii care arată că părinții utilizează mai rar acordarea de atenție pozitivă, ca strategie pentru întărirea comportamentelor pro-sociale ale copilului, după terminarea tratamentului, în comparație cu alte abilități învățate pe parcursul programului (Patterson, 1982; Webster-Stratton, 1982; Webster-Stratton și colab., 1989). În ciuda faptului că acordarea de atenție nu este o strategie des utilizată de către părinți după terminarea programului, celelalte beneficii ale training-ului se mențin pe perioade de până la 4½ ani. Numărul de studii care susține menținerea beneficiilor training-ului pe termen lung este foarte

mare, însă nu toate studiile făcute pe training parental susțin același lucru; sunt unele studii care nu au identificat astfel de efecte pe termen lung ale training-ului comportamental al părinților (Bernal și colab., 1980; Strayhorn și Weidman, 1991) și care sugerează că beneficiile pe termen lung nu sunt valabile pentru toate formele de training comportamental al acestora.

Generalizarea rezultatelor programului la mai multe situații

Terapeuții, precum și personalul școlar, pot fi tentați să creadă că participarea părinților la programe de training comportamental, fie în instituții de sănătate mentală, fie la domiciliu, se va finaliza cu îmbunătățirea comportamentului școlar al copilului. Din păcate, studiile existente în domeniu nu susțin o astfel de generalizare a rezultatelor training-ului la mediul școlar (Horn, Ialongo, Greenberg, Packard și Smith-Winberry, 1990; Horn, Ialongo, Popovich și Peradotto, 1987; McMahon și Forehand, 1984; Patterson, 1982), deși există un studiu care susține că, în urma training-ului, se observă îmbunătățiri ale comportamentului copilului și în mediul școlar (Strayhorn și Weidman, 1991). Unele studii au identificat copii sau cel puțin o parte dintre acei copii, ai căror părinți au participat la training, și la care, într-adevăr, s-a observat o îmbunătățire a comportamentului și în mediul școlar, însă aceleași studii arată că fie la fel de mulți copii nu au manifestat nicio modificare semnificativă, fie s-a observat o agravare a comportamentului lor, asociată cu training-ul părinților (Firestone, Kelly, Goodman și Davey, 1981; McMahon și Forehand, 1984). Niciunul dintre studiile care nu au identificat această generalizare la mediul școlar a efectelor programului de intervenție nu a luat în considerare problemele comportamentale școlare ca parte din programul de training al părinților. În consecință, terapeuții care utilizează programe tradiționale de training al părinților nu ar trebui să încurajeze nici părinții și nici personalul școlar în a crede că rezultatele obținute în cadrul acestor programe pot fi extrapolate și la mediul școlar. Acesta este unul dintre motivele pentru care, în această ediție a manualului, a fost adăugată o parte care îi va ajuta pe părinți să-i asiste pe educatori (învățători/profesori) în îmbunătățirea comportamentului școlar și a performanței copilului lor, prin utilizarea programului de recompense. În urma utilizării acestor proceduri, evaluările profesorilor cu privire la comportamentele școlare au fost mai bune și s-a observat și o creștere a performanței școlare (Atkinson și Forehand, 1978).

Predictori ai succesului sau ai eșecului

Cercetările privind acest program sugerează că un procent de aproximativ 64% sau mai mult din familiile care au copii cu ADHD sau cu alte probleme de comportament opoziționist cunosc o ameliorare sau o recuperare semnificativă clinic a problemelor lor în urma participării la acest program de intervenție (Anastopoulos și colab., 1993; Pisterman și colab., 1989; Quici, Wheeler și Bolle, 1996) sau alte programe similare (Bernal și colab., 1980; Dishion și Patterson, 1992; Webster-Stratton și colab., 1982). Nivelul de recuperare este mai mare în cazul copiilor cu vârste mai mici (sub 6 ani) și cu o severitate a simptomelor mai scăzută (Dishion și Patterson, 1992; Webster-Stratton, 1982). Este posibil însă ca nu toate familiile să beneficieze în aceeași măsură de pe urma unui program de training comportamental. Cercetările în domeniu asupra unor programe similare de intervenție susțin că există un număr de factori care influențează negativ eficiența programului, cum ar fi numărul prezențelor la ședințe, renunțarea la program

sau la întâlnirile de follow-up, ameliorarea nesemnificativă a conflictelor părinte-copil. Specialiștii trebuie să țină cont de asemenea factori când repartizează părinții fie pentru training-ul de grup (șanse mai mari de participare la program), fie pentru training-ul individual (un număr mai mare de factori de risc), sau când împart familiile în cei care vor participa la training-ul parental și cei care au nevoie de tratamente mai specializate, vizând mai degrabă părintele (Holden, Lavigne și Cameron, 1990).

Factori ce țin de copil

Numai câteva dintre caracteristicile copilului au fost identificate ca fiind relaționate cu eficiența programului de training al părinților. Așa cum s-a menționat și mai sus, un predictor consistent al eficienței scăzute a programului este vârsta copilului. Preșcolarii (sub 6 ani) sunt cei care răspund cel mai bine la programul de training comportamental ($\geq 65\%$), în comparație cu școlarii, la care probabilitatea de recuperare este mai mică ($50\%-64\%$) (Anastopoulos și colab., 1993; Dishion și Patterson, 1992; Strain și colab., 1982; Strain, Young și Horowitz, 1981), sau în comparație cu adolescenții ($25\%-35\%$) (Barkley, Guevremont și colab., 1992). Acest efect al vârstei poate să aibă funcția unui U inversat în cazul părinților, în sensul că, în grupul de preșcolari, s-a arătat că o rată mai mare de abandon a părinților și un nivel mai scăzut de răspuns la program sunt asociate cu vârste mai mici ale copiilor (Holden și colab., 1990). Același lucru s-a arătat și la școlari, la care vârsta, ca factor care influențează răspunsul la intervenție, are un efect invers în cazul părinților, existând studii care arată că șansele de a abandona prematur programul sunt mai mari în cazul părinților care au copii mai mici (Firestone și Witt, 1982). Inteligența mai mare sau vârsta mentală a copilului s-a arătat că este, de asemenea, asociată pozitiv cu răspunsul la training sau cu persistența părintelui în program (Firestone și Witt, 1982).

Există studii care arată că severitatea sfidării și a problemelor comportamentale ale copilului este asociată cu o eficiență mai scăzută a intervenției și cu o probabilitate mai mare a părinților de a abandona prematur programul (Dumas, 1984; Holden și colab., 1990). Această relație poate fi însă explicată de o alta, și anume de relația dintre stresul parental, distresul conjugal, psihopatologia părinților și severitatea problemelor copilului (Webster-Stratton și Hammond, 1990). Astfel, severitatea problemelor copilului poate fi un semn al unor factori mai importanți care țin de părinți (vezi mai jos) și care sunt, de fapt, adevăratele motive pentru care părinții abandonează prematur programul sau nu răspund pozitiv la intervenție.

În cazul copiilor cu ADHD, deasemenea dificili, și ai căror părinți urmează acest program de intervenție, nu ne putem aștepta ca toate problemele de comportament ale acestor copii să fie rezolvate ca o consecință a urmăririi acestui program de intervenție. Studiile susțin că cea mai mare probabilitate de recuperare în cadrul acestui program de intervenție o au comportamentele ostile, iar simptomele de ADHD pot să se amelioreze puțin sau chiar deloc (Anastopoulos și colab., 1993; Johnston, 1992). Prin urmare, pachetului de intervenție existent trebuie să i se adauge fie o formă de farmacoterapie, fie medicația stimulantă, pentru a acționa asupra comorbidității cu ADHD a copilului dificil (Firestone și colab., 1981). În cazul copiilor cu ADHD, se folosește medicația stimulantă, motiv pentru care mulți terapeuți consideră că participarea la un program de training comportamental le aduce părinților un beneficiu relativ mic (Abikoff și Hechtman, 1995; Firestone și colab., 1981; Horn și colab., 1991). Având în vedere că medicația stimulantă se numără printre cele mai eficiente tratamente pentru copiii cu ADHD (Barkley, 1990; Rapport și Kelly, 1993; Swanson, McBurnett, Christian și Wigal, 1995), clinicienii trebuie să discute despre acest tratament cu părinții atunci când pun diagnosticul de ADHD. Unii părinți însă preferă să aștepte până la finalul training-ului pentru a începe tratamentul medicamentos. Forma originală a programului de training parental a fost

îmbunătățită în această ediție a manualului, sugerându-se ca, în ultima întâlnire din cadrul programului, să se discute cu părintele despre tratamentul medicamentos, în cazul acelor părinți care au ales să amâne începerea tratamentului medicamentos până la terminarea training-ului. Terapeuților care doresc să afle mai multe informații despre psihofarmacologie li se recomandă textele lui Werry și Aman (1993), Weiss (1992), Greenhill și Osmon (1991) și ale mele (1990), precum și studiul lui Spring (1990, Vol. 1 Nr 1), publicat în *Jurnalul de Psihofarmacologie pentru copii și adolescenți* (*Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*).

Factori ce țin de părinți

Părinții care sunt mai tineri decât media celor care apelează la training, care nu au liceul terminat sau care au un statut socio-economic mai scăzut, de obicei nu au același succes în programul de training (Dumas, 1984; Firestone și Witt, 1982; Holden și colab., 1990; Knapp și Deluty, 1989; Webster-Stratton și Hammond, 1990). Efectele negative ale statutului socio-economic nu au fost întotdeauna identificate de studiile făcute pe programele de training comportamental pentru părinți (McMahon și Forehand, 1984; Rogers, Forehand, Griest, Wells și McMahon, 1981). Există studii care au arătat că se poate stabili o relație între grupul etnic din care face parte familia și abandonul tratamentului sau progresul lent în cadrul programului, dificultățile fiind mai mari în cazul grupurilor minoritare față de cele majoritare (Holden și colab., 1990). Studiile arată că există aceeași relație între progresul pe parcursul programului și clasa socială și este mai probabil ca diferențele ce apar la nivelul grupurilor etnice să se datoreze acestei relații, ținând cont de felul în care sunt reprezentate grupurile etnice în clasa socială. După cum era de așteptat, numărul întâlnirilor la care părinții se prezintă este asociat cu eficiența intervenției (Strain și colab., 1981).

Părinții (mamele) care sunt mai retrași social în cadrul comunității din care fac parte sau care au interacțiuni aversive cu ceilalți membri ai familiei, beneficiază cel mai puțin de pe urma training-ului și prezintă o probabilitate mai mare de a abandona intervenția (Dumas, 1984; Dumas și Wahler, 1983; Salzinger, Kaplan și Artemyeff, 1983; Wahler, 1980; Wahler și Afton, 1980). Chiar dacă demonstrează o îmbunătățire a managementului comportamental al copilului sau se reduce numărul conflictelor între ei și copil, probabilitatea recăderilor, după ce intervenția a luat sfârșit, este mai mare în cazul acestor părinți (Dumas și Wahler, 1983; Wahler, 1980; Wahler și Afton, 1980). Dumas și Wahler (1983) au arătat că izolarea socială a mamelor combinată cu dezavantajele socio-economice explică aproape 50% din varianță în eficiența tratamentului, sugerând că acești factori sunt importanți mai ales în stadiul de pre-intervenție, când terapeutul verifică în ce măsură familia va răspunde pozitiv la training-ul comportamental. Este posibil însă ca aceste familii să dobândească un mai bun management comportamental al copilului, cu condiția ca terapeutul să se implice mai mult, să aloce mai mult timp pentru exercițiu (Knapp și Deluty, 1989), precum și prin intervenție asupra izolării sociale a mamelor, fie în timpul, fie înaintea începerii programului de training (Dadds și McHugh, 1992; Dumas și Wahler, 1983; Wahler, Cartor, Fleischman și Lambert, 1993).

Părinții care prezintă forme mai grave de psihopatologie (psihoză, depresie severă, dependență de droguri sau alcool etc.) se pare că nu fac față unui astfel de program de training comportamental (Patterson și Chamberlain, 1992). Aceștia manifestă rezistență la training, nu iau în serios temele de casă, manifestând același comportament pe tot parcursul training-ului. De asemenea, părinții care prezintă o negativitate sau o neajutorare mai mare ori cei care au un control redus al furiei nu răspund foarte pozitiv la tratament, iar șansele de abandon al training-ului sunt mai mari (Frankel și Simmons, 1992). Poate că ar fi foarte util pentru eficiența programelor de training al părinților

dacă, înainte de începerea training-ului pe abilități de management comportamental al copilului sau în combinație cu acesta, s-ar efectua un training pe optimizarea abilităților de rezolvare de probleme (Pfiffner, Jouriles, Brown, Etscheidt și Kelly, 1988; Prinz și Miller, 1994; Spaccarelli și colab., 1992) sau pe dezvoltarea abilităților de management al furiei (vezi pentru o discuție mai detaliată Goldstein, Keller și Erne, 1985; Sanders, 1996).

În perioada care urmează, este foarte probabil ca cercetările privind training-ul părinților să se focalizeze pe relația dintre părintele cu ADHD și copilul cu TOP și pe felul în care părintele răspunde la programul de intervenție. Este cunoscut faptul că ADHD-ul la copii are o predispoziție ereditară (vezi, pentru o discuție mai detaliată, Barkley, 1996). Probabilitatea ca membrii familiei de gradul întâi să aibă tulburarea este în medie de 25%. Acest lucru înseamnă că există o probabilitate de cel puțin 50% ca unul dintre părinții biologici ai copilului cu ADHD să aibă, de asemenea, tulburarea. Aproximativ 65% dintre copiii cu ADHD pot să aibă și TOP, ca tulburare comorbidă sau, chiar dacă nu au TOP ca tulburare comorbidă, sunt mai greu de stăpânit decât copiii normali. Aceste aspecte fac din ADHD un factor comun, pentru care familiile copiilor cu ADHD sunt recomandate pentru astfel de training-uri parentale. Aceste lucruri sugerează nu numai că acel copil, pentru care părinții urmează un program de training, are ADHD, dar și că unul dintre părinți are, de asemenea, ADHD. Evans, Vallano și Pelham (1994) au discutat care sunt efectele negative pe care ADHD-ul părintelui poate să le aibă asupra training-ului. Tot ei au arătat că este util să se folosească medicația stimulantă în cazul părintelui cu ADHD, pentru ca acesta să răspundă pozitiv la programul de training. Din aceste motive, această a doua ediție a manualului cuprinde instrumente de evaluare pe care clinicienii să le utilizeze în screening-ul părinților și al copiilor privind prezența ADHD-ului în familie.

Conflictele conjugale sunt un alt predictor al eficienței scăzute, atât în cazul acestui program de training (Forehand și McMahon, 1981), cât și în cazul altor programe similare (Patterson, 1982; Webster-Stratton și Hammond, 1990). În cazul acestor părinți, înainte de începerea training-ului pe management comportamental sau în combinație cu acesta, se recomandă terapia de cuplu (Dadds, Schwartz și Sanders, 1987) sau consilierea familiei în curs de divorț, în încercarea de a-i ajuta să-și rezolve problemele. După cum este de așteptat, faptul că părinții sunt despărțiți în momentul începerii programului de training este un alt predictor pentru felul în care aceștia răspund la program. Familiile în care ambii părinți sunt întreținători, răspund mult mai bine la program față de familiile cu un singur părinte (Strai și colab., 1981, 1982; Webster-Stratton și Hammond, 1990). Nivelul de stres experiențiat pe parcursul ultimului an poate fi asociat și el cu o slabă eficiență a programului de training pentru părinți (Webster-Stratton și Hammond, 1990).

Factori ce țin de terapeut

În ultimul timp, s-a acordat o mare atenție factorilor ce țin de terapeut și rolului pe care aceștia îl au în succesul programului de training comportamental al părinților. Studiile făcute pe psihoterapia adultului au arătat importanța acestor factori (Garfield și Bergen, 1986), iar în ultimul timp și studiile făcute pe psihoterapia copilului au arătat același lucru (Crits-Christoph și Mintz, 1991; Kazdin, 1991). Sunt câteva studii care au cercetat această problemă referitoare la programele de training comportamental pentru părinți, mai ales echipa de cercetare a lui Patterson de la Centrul de învățare socială din Oregon. Terapeuții novici nu sunt la fel de eficienți în a-i menține pe părinți în program, ca și terapeuții cu experiență (Frankel și Simmons, 1992). Mai mult, în rândul terapeuților cu experiență, cei care se confruntă direct cu părinții și îi instruiesc întâmpină o mai mare rezistență din partea lor, în comparație cu terapeuții-traineri care au rolul de a le oferi părinților sprijin și ajutor în procesul de training (Patterson și Forgatch, 1985).

Rezistența din partea părinților poate să apară atât în timpul ședințelor de training, cât și în realizarea temelor de casă (Patterson și Chamberlain, 1992). Patterson și Chamberlain (1992) au arătat că trainerii care lucrează cu familiile unor copii izolați social se pot aștepta să întâmpine rezistență din partea părinților la începutul programului, rezistență care este probabil să crească spre a doua jumătate a programului. În cazuri mai puțin grave sau în cazul familiilor cu copii mai mici, această rezistență poate fi eliminată până la terminarea programului. În cazurile mai grave, rezistența părinților la program persistă la un nivel mai ridicat, iar acest lucru compromite atât formarea abilităților necesare managementului comportamental al copilului lor, cât și obținerea unor rezultate pozitive ale programului de intervenție în general. Este foarte probabil ca rezistența părinților să declanșeze o atitudine confruntativă a terapeutului față de părinți, care, la rândul ei, va determina o creștere a rezistenței părinților, intrându-se astfel într-un cerc vicios. Terapeutul care se ocupă de training-ul părinților trebuie să aibă o atitudine echilibrată, pentru a-i putea instrui și înfrunta pe părinții care opun rezistență în program și, în același timp, pentru a le oferi sprijin și ajutor pentru a-i motiva în încercarea de a-și schimba comportamentele inadecvate (Patterson și Chamberlain, 1992).

Organizarea manualului

Acest manual a fost organizat în patru părți. Partea întâi oferă informații despre background-ul programului de training, aspecte teoretice și studii de cercetare, metode de evaluare a comportamentului opoziționist și dificil al copilului, înainte și după intervenție, și diferite alte informații necesare ca prerechizite pentru începerea acestui program de intervenție. În partea a doua, sunt prezentate detaliat instrucțiuni despre cum să fie susținută fiecare ședință din program. După ce s-au familiarizat cu conținutul părții a doua, pe parcursul training-ului, clinicienii pot dori să revină asupra conținutului fiecărui pas care trebuie urmat. Fiecare etapă începe cu o schiță a materialului care urmează a fi prezentat în etapa respectivă, astfel încât un clinician cu experiență în asemenea programe trebuie doar să facă trimitere la această schiță în întâlnirea cu familia. În partea a treia, sunt prezentate instrumentele de evaluare, care sunt foarte utile în evaluarea copiilor și a familiilor lor, înainte și după intervenție. Partea a patra conține toate fișele de lucru care vor fi folosite în fiecare etapă a programului.

Modificările programului original

Cei care sunt familiarizați cu versiunea originală a manualului pentru acest program (Barkley, 1987) pot să-și dea seama de modificările făcute în această ediție revizuită. Modificările făcute sunt prezentate mai jos :

1. Partea introductivă a manualului, precum și *Capitolul 1 (Rațiunile fundamentale ale programului)* conțin mai multe referințe citate în literatura de specialitate care susțin eficiența programului și a componentelor sale. S-a făcut acest lucru, pentru a facilita accesul la literatura de specialitate pentru cei care doresc să afle mai multe informații despre program și metodele sale. Un alt motiv pentru care s-au oferit atât de multe referințe a fost și acela de a susține multe dintre asumptiile prezente în versiunea originală a manualului, pentru care însă n-au fost date niciun fel de referințe. În final, în negocierile pe care clinicienii le poartă cu sistemele de sănătate sau cu alte companii de asigurări, în vederea aprobării acestor servicii de sănătate mentală și pentru decontarea taxelor clinice pentru programul de training, este nevoie de dovezi din literatura de specialitate care susțin eficacitatea programului de training

comportamental al părinților. Se poate dovedi de ajutor fotocopiarea acelor secțiuni din manual care este permisă (vezi drepturile de autor), pentru a le oferi sistemelor de sănătate avizate, în sprijinul negocierilor purtate.

2. Instrumentele de evaluare au fost revizuite și modificate, astfel, ele includ informații demografice, istoricul medical, formulare de interviu pentru părinți care sunt de ajutor în evaluarea copiilor devianți. Interviul cu părintele include acum și o trecere în revistă a tulburărilor din copilărie sau a simptomelor care este foarte probabil să apară la copii, alături de comportamentele sfidătoare, *TOP* sau *TC*. Criteriile de diagnostic de care se ține cont în acest interviu sunt cele din ediția a IV-a a *DSM*-ului (*DSM-IV*, *Asociația Psihologilor Americani*, 1994). Acest interviu este foarte util în stabilirea diagnosticului pentru copiii trimiși la evaluare. Au fost introduse noi scale de evaluare a comportamentului copilului, forma pentru părinți, care evaluează simptomele a trei *Tulburări de comportament disruptiv* din *DSM-IV* (*ADHD*, *TOP* și *TC*), și forma pentru educatori, care evaluează două dintre aceste tulburări (*ADHD* și *TOP*). Sunt oferite *Scala de evaluare a situațiilor de acasă (SESA)* și *Scala de evaluare a situațiilor de la școală (SESS)* pentru o identificare mai precisă a situațiilor în care apare comportamentul disruptiv. Acest lucru ajută atât la stabilirea planului de intervenție, cât și pentru a vedea cât de pervasive sunt problemele de dezvoltare ale copilului. Mai este oferită și o scală de evaluare a simptomelor de *ADHD* la părinți, fiind disponibile și cotașii și interpretarea scorurilor obținute.
3. Potrivit experienței clinice, s-a arătat că Etapa 3 (*Creșterea complianței*) și 4 (*Reducerea disruptivității*) din varianta originală a programului pot fi parcurse într-o singură întâlnire cu părinții, în consecință, în această ediție, ele au fost combinate într-o singură întâlnire (Etapa 3).
4. A mai fost adăugată o etapă, Etapa 8, în care sunt prezentate *Formularele de evaluare a comportamentului școlar zilnic*, cu ajutorul cărora părinții îi pot asista pe educatori (învățători/profesorii) în îmbunătățirea comportamentului copilului în clasă și a performanței școlare a acestuia. Această nouă ediție revizuită oferă noi fișe de lucru pentru părinți, diferite versiuni de formulare pentru evaluarea comportamentului școlar zilnic. Este de la sine înțeles că această etapă se aplică în cazul copiilor de vârstă școlară, fiind omisă în cazul preșcolarilor.
5. A fost eliminată din acest manual procedura de training prin care părinții își lovesc ușor copiii pentru nerespectarea time-out, pentru cazurile în care copiii părăsesc locul fără permisiune. Această procedură a fost prezentă încă din varianta originală a programului, cea „bi-stadială”, concepută și studiată de Dr. Constance Hanf, în 1960, în cadrul Universității de Științe ale Sănătății din Oregon, și păstrată de-a lungul timpului (Barkley, 1981, 1987; Forehand și McMahon, 1981; Roberts, 1982). Datorită schimbărilor de atitudine în societate față de utilizarea pedepsei corporale la copii, chiar și față de lovirea ușoară, acest gen de metode au fost văzute de către părinți din ce în ce mai inacceptabile (Hefer și Kelley, 1987), mai ales în cazul copiilor de vârstă școlară (Socolar și Stein, 1995). Aceeași tendință a fost observată și în munca terapeuților cu familiile ai căror copii au probleme de comportament (Webster-Stratton și colab., 1989), mai ales că părinții desconsiderau astfel de metode și opuneau rezistență în aplicarea lor. Această atitudine poate fi justificată, ținând cont de convingerea că utilizarea pedepsei corporale la copiii care deja manifestă un comportament agresiv poate servi drept model de comportament agresiv pe care copiii îl pot imita. Această schimbare în

atitudine se poate datora, în parte, și studiilor în domeniu care au arătat că utilizarea pedepsei fizice de către părinți corelează semnificativ cu nivele ridicate ale agresivității la copii (Strassberg, Dodge, Petit și Bates, 1994). Ideea că utilizarea pedepsei fizice de către părinți dă naștere comportamentului agresiv al copilului s-a consolidat foarte bine atât în cunoștințele părintelui, cât și în acelea ale copilului, chiar dacă astfel de asocieri nu presupun o relație cauzală. Sunt mulți factori care influențează această relație, motiv pentru care este destul de dificil să o interpretezi ca relație de tip cauză-efect, utilizarea pedepselor corporale ca metode de disciplină fiind cauza comportamentului agresiv al copilului. Rezultatele cercetărilor din domeniu sunt încă neclare cu privire la direcția cauzalității în această relație și nu au arătat că este o relație caracteristică utilizării consecvente a metodelor de disciplină menționate mai sus. În majoritatea studiilor incluse în analiză, o serie de alți factori importanți în relația părinte/familie-copil nu au fost controlați (credințele negative ale părinților legate de disciplina copilului, inconsecvența părintelui în utilizarea întăririlor/pedepselor, tulburarea de personalitate anti-socială, depresia, conflictul conjugal etc.), factori care pot media relația dintre metodele de disciplină la care apelează părintele și agresivitatea copilului (Larzelere, 1996; Socolar și Stein, 1995). Chiar și așa, faptul că această metodă de disciplină nu a mai fost acceptată social este un motiv suficient pentru a o scoate din programul de intervenție, fiind oferită, în schimb, o metodă alternativă care să împiedice evadarea copilului din time-out. O astfel de metodă există și s-a arătat a fi la fel de eficientă (Day și Roberts, 1982), în consecință a fost introdusă în program. Această metodă presupune utilizarea unei bariere de restricție, cum ar fi izolarea copilului în camera sa, cu ușa închisă sau chiar încuiată cu cheia, dacă este necesar, pentru a împiedica orice șansă a copilului de evadare din time-out.

6. Ceea ce în forma originală a programului făcea parte din Etapa 8 (*Managementul noncompliancei în locuri publice*) acum este integrat în Etapa 7, fiind adăugate strategiile „gândește cu voce tare - gândește anticipat”, pe care părinții le pot utiliza nu doar în locuri publice. Mai cuprinde, de asemenea, și „planificarea activităților” ca strategie preventivă pentru situațiile viitoare, de acasă sau în locuri publice, în care există o mare probabilitate de manifestare a comportamentelor dificile ale copilului.
7. O parte din fișele de lucru ale părinților au fost modificate în conținut, pentru a fi în concordanță cu modificările făcute în program, dar și pentru adăugarea unor informații suplimentare și proceduri. În unele cazuri, aceste fișe de lucru au fost îmbunătățite, pentru a clarifica felul în care părintele aplică acasă procedurile învățate.

Sumar

Procedurile prezentate în acest manual au fost construite special pentru familiile cu copii care manifestă noncompliance, comportament dificil și opoziționist, cu vârste cuprinse între 2 și 12 ani. Aceste metode sunt utilizate de către clinicieni cu experiență, care sunt instruiți în a oferi servicii psihologice familiilor cu copii dificili. Deși procedurile sunt eficiente, succesul lor depinde de mai mulți factori, cum ar fi natura și severitatea problemelor copilului, vârsta copilului, severitatea psihopatologiei membrilor familiei, nivelul de inteligență al părinților, precum și motivația lor în a folosi procedurile învățate. Când este predat corect, acest program este foarte eficient în ameliorarea sau chiar în eliminarea problemelor copilului.

PARTEA I

Informații necesare utilizării programului

Acțiunile cuprinse în partea I a acestui program de training pentru părinți, au fost dezvoltate în urma a numeroase sesiuni de lucru importante din punctul de vedere al cunoașterii și înținderii nevoilor copiilor cu deficiențe de auz. În cadrul acestor sesiuni s-a discutat despre importanța cunoașterii nevoilor și intereselor copilului și despre rolul părinților în asigurarea acestor nevoi. În cadrul sesiunilor s-a discutat și despre rolul părinților în asigurarea nevoilor și intereselor copilului și despre rolul părinților în asigurarea nevoilor și intereselor copilului.

Definiția noncomplianței

În acest manual, termenul de „noncompliance” se referă la trei categorii de comportamente ale copilului:

1. Eșecul copilului de a fi în timp util, corect sau complet prezent de un adult în timpul unei activități de învățare sau de joc.
2. Eșecul copilului de a fi în timp util, corect sau complet prezent de un adult în timpul unei activități de învățare sau de joc.
3. Eșecul copilului de a fi în timp util, corect sau complet prezent de un adult în timpul unei activități de învățare sau de joc.

CAPITOLUL 1

Rațiunile fundamentale ale programului

Acest capitol prezintă aspectele fundamentale ale programului de training pentru părinți, rațiunile teoretice care stau la baza lui, precum și rezultate importante ale cercetării în domeniu care susțin acest lucru. Potrivit lui Mash și Terdal (1996), scopul oricărei evaluări și intervenții comportamentale trebuie definit foarte clar, adică să fie relevant pentru acuzele aduse de copil și de familia acestuia, să fie relevant pentru adaptarea actuală și viitoare a copilului, să se bazeze pe o teorie potrivită privind dezvoltarea și menținerea adaptării. Ținta principală a acestui program de intervenție, *copilul noncompliant și dificil*, îndeplinește în mod cert aceste cerințe (Forehand și McMahon, 1981).

Definirea noncompliancei

În această manual, termenul de „noncompliance” se referă la trei categorii de comportamente ale copilului:

1. Eșecul copilului de a iniția în timp util comportamentele cerute de un adult. În general, prin timp util înțelegem aproximativ 15 secunde după ce comanda a fost dată, deși, de cele mai multe ori, părinții pot specifica momentul în care se va iniția compliancea (de exemplu, „Să îți aduni jucăriile imediat după ce se termină desenele animate!”). Cercetările făcute pe noncompliance fac referire, în general, la un interval de timp mai redus, de 10 secunde, în care compliancea trebuie inițiată, după ce comanda a fost dată.
2. Eșecul copilului de a menține compliancea la comanda/solicitarea unui adult până la realizarea cerințelor specificate în comandă. S-ar putea ca unele persoane să considere această categorie de comportamente o formă de atenție menținută în sarcină

3. Eșecul copilului în a urma regulile de conduită prestabilite într-o situație dată. Comportamente precum părăsirea băncii în sala de clasă sau alergatul într-un magazin fără permisiune, furtul, mințitul, lovirea sau agresarea altor persoane, luarea mâncării din bucătărie fără permisiune, înjurarea părinților, reprezintă doar câteva dintre comportamentele pe care părinții le consideră violări ale regulilor specifice de conduită.

Termenul de noncompliance are și conotația de evitare pasivă a îndeplinirii comenzilor/solicitărilor date de părinți sau pe aceea de supunere la regulile casei stabilite anterior. Prin urmare, termenul de „dificil” poate fi folosit pentru o serie de situații în care apare comportamentul noncompliant, când copilul manifestă rezistență verbală sau fizică activă față de compliance la comenzile părinților, cum ar fi refuzul verbal, accese de furie, chiar și agresarea fizică a unuia dintre părinți, când acesta încearcă să îi impună compliance copilului prin recursul la comenzi. În tabelul 1.1. vă prezentăm câteva exemple de comportament noncompliant și dificil. În ciuda diferențelor aparente, toate aceste comportamente pot fi considerate ca făcând parte dintr-o categorie mai generală de comportamente care presupun noncompliance sau ceea ce unii cercetători au numit comportament ostil-deviant sau agresivitate socială. Unele dintre comportamentele din tabelul 1.1. sunt de fapt eforturi directe ale copilului de a scăpa și/sau evita comenzile impuse de părinți (vezi Patterson, 1982). Din această cauză, toate aceste comportamente pot fi abordate în cadrul unui program de intervenție comun care vizează non-compliance. Cercetările au evidențiat faptul că intervențiile asupra comportamentelor noncompliance din această grupă duc de multe ori la îmbunătățiri semnificative ale altor comportamente, care nu au fost ținta intervenției (Russo, Cataldo și Cushing, 1981; Wells, Forehand și Griest, 1980). Această focalizare pe noncompliance diferențiază de fapt acest program de training pentru părinți de multe alte programe, care, de obicei, înlătură unul sau mai multe tipuri de comportamente deviante, dar care nu reușesc să se adreseze unei clase mai generale de noncompliance de care aparțin alte forme mai specifice de noncompliance.

Pentru a înțelege relația dintre diferitele forme ale comportamentului disruptiv, s-a apelat la meta-analiză, fiind selectate studiile care au folosit analiza factorială ca metodă statistică pentru înțelegerea acestor relații. O asemenea analiză, efectuată de Frick și colab. (1993), a dus la reprezentarea rezultatelor într-o diagramă (vezi Figura 1.1), arătând modul în care diferite forme de comportament opoziționist se pot grupa într-o formă de comportament manifest care nu este distructiv, dar care totuși este relaționat cu alte trei forme de comportamente la fel de severe (poate chiar și mai severe), de acte anti-sociale: violarea statusului, agresarea sau ofensarea altor persoane. Pe baza diagramei, putem clasifica copiii noncompliance în patru grupe (Manifest – Latent, Nondestructiv – Destructiv). Deși din diagramă nu reiese în mod evident, există

Tabelul 1.1. Tipuri de comportamente noncompliance comune copiilor diagnosticați cu tulburări de comportament.

Strigă	Fură	Nu îndeplinește sarcini de rutină
Se vaită	Minte	Distruge bunuri
Se plânge	Se ceartă	Se bate cu alții
Sfidează	Umilește/enervează pe alții	Nu își face temele de casă
Țipă	Îi cicălește pe ceilalți	Deranjează activitatea celorlalți
Are accese de furie	Ignoră cerințele altora	Ignoră sarcinile de îngrijire personală
Aruncă cu diverse obiecte	Fuge – pleacă în fugă	
Este obraznic	Plânge	
Înjură	Opune rezistență fizică	

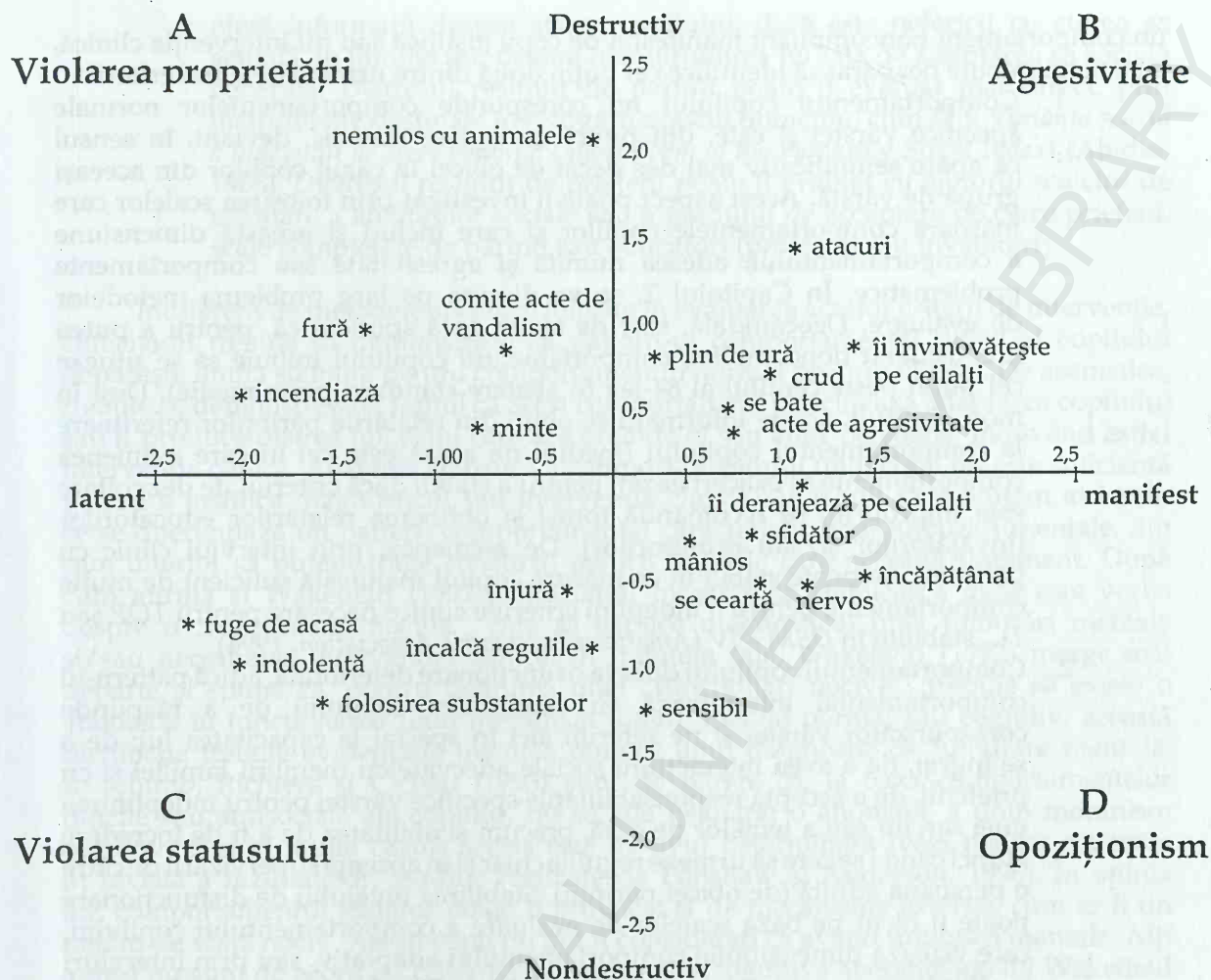


FIGURA 1.1. O diagramă care reprezintă rezultatele meta-analizei studiilor care au folosit analiza factorială în studiul comportamentului disruptiv al copilului. Extras din Frick și colab., (1993, p. 327). Copyright 1993 Pergamon Press. Reprodusă cu acordul autorilor.

o legătură între aceste sub-grupe, lucru care va fi abordat într-o secțiune ulterioară. Această abordare susține ideea pe care o vom dezvolta pe parcursul acestui capitol, și anume, comportamentele opoziționiste manifestate în copilărie pot reprezenta factori de risc pentru dezvoltarea unor forme mai serioase de tulburări de comportament, precum și de activitate antisocială și chiar criminală (Lahey și Loeber, 1994; Lahey, Loeber, Quay, Frick și Grimm, 1992; Loeber, 1988; 1990).

Când este recomandată intervenția?

La preșcolari, un număr oarecare de comportamente noncompliance și dificile pot fi considerate normale. Doar fiindcă apar sporadic, aceste comportamente nu trebuie considerate anormale sau de intensitate patologică și nu justifică participarea la un program de intervenție clinică așa cum este acesta. Pentru a putea stabili dacă

un comportament noncompliant manifestat de copil justifică sau nu intervenția clinică, clinicienii trebuie neapărat să identifice cel puțin două dintre următoarele trei criterii:

1. Comportamentul copilului nu corespunde comportamentelor normale specifice vârstei și este, din punct de vedere statistic, deviant, în sensul că apare semnificativ mai des decât de obicei în cazul copiilor din aceeași grupă de vârstă. Acest aspect poate fi investigat prin folosirea scalelor care măsoară comportamentele copiilor și care includ și această dimensiune a comportamentului, adesea numită și agresivitate sau comportamente problematice. În Capitolul 2, se va discuta pe larg problema metodelor de evaluare. Deocamdată, este de ajuns dacă spunem că, pentru a putea fi considerat noncompliant, comportamentul copilului trebuie să se situeze cel puțin peste centilul al 84-lea (o abatere standard peste medie). Deși în mod obișnuit, aceste informații se obțin din relatările părinților referitoare la comportamentul copilului (mediul de acasă este cel în care asemenea comportamente se exacerbează), pentru a stabili dacă criteriul de dezvoltare este impropriu, se recomandă totuși și obținerea relatărilor educatorilor (învățătorilor și/sau profesorilor). De asemenea, prin interviul clinic cu părintele, se poate stabili în ce măsură copilul manifestă suficient de multe comportamente pentru a îndeplini criteriile clinice necesare pentru TOP sau TC, stabilite în DSM – IV (*American Psychiatric Association, 1994*).
2. Comportamentul copilului duce la o funcționare deteriorată, adică pattern-ul comportamental interferează cu capacitatea copilului de a răspunde corespunzător vârstei și ne referim aici în special la capacitatea lui: de a se îngriji, de a avea interacțiuni sociale adecvate cu membrii familiei și cu prietenii, de a accepta responsabilitățile specifice vârstei pentru îndeplinirea unei sarcini sau a temelor de casă, precum și abilitatea de a fi de încredere atunci când i se cere să urmeze regulile chiar și în absența supervizării de către o persoană adultă (de obicei părintii). Stabilirea nivelului de disfuncționare poate fi făcut pe baza scalelor de evaluare a comportamentului copilului, care vizează dimensiunile comportamentului adaptativ, sau prin interviuri și chestionare care evaluează în mod explicit funcționarea adaptativă (de exemplu: *Scala de Comportament Adaptativ Vineland (Vineland Adaptive Behavior Scale)*, *Scala Normativă de Comportament Adaptativ (The Normative Adaptive Behavior Scale)* sau alte instrumente similare, care vor fi discutate pe larg în Capitolul 2). Clinicienii încearcă să demonstreze că există o discrepanță semnificativă între abilitățile cognitive generale ale copilului sau inteligență și funcționarea adaptativă a acestuia, evaluată cu ajutorul acestor instrumente, pentru a evidenția că există dizabilități sociale/de adaptare sau disfuncții în cazul copilului evaluat. O abordare similară a fost dezbătută de alți autori care încercau să identifice existența unor dizabilități sociale în cazul copiilor cu ADHD (Greene și colab., 1996; Roizen, Blondis, Irwin și Stein, 1994). În cazul nostru, pentru scopul propus, este suficient să stabilim dacă nivelul funcționării adaptative al unui copil dificil îl situează pe acesta în/sub centilul al 10-lea în cadrul grupei sale de vârstă. Această abordare este similară celei prin care se stabilește discrepanța dintre IQ și nivelul de inteligență relaționat cu performanța școlară, drept aspect de bază pentru stabilirea unei dificultăți de învățare.
3. Comportamentul copilului duce la un nivel ridicat de distres sau poate provoca vătămare, fie pentru copil, fie pentru părinți, frați sau prieteni. Distresul copilului poate fi evaluat prin scale de autoevaluare a adaptării emoționale, cum ar fi evaluări ale anxietății sau ale depresiei. Aceste evaluări

oferă informații despre starea copilului, dacă este nefericit cu starea sa actuală, în familie sau despre nemulțumirea lui față de adaptarea sa socială generală. Distresul resimțit de părinți poate fi evaluat mai direct, prin instrumente destinate investigării acestui domeniu, cum ar fi *Varianta scurtă a indexului de stres parental (Short Form of the Parenting Stress Index)* (Abidin, 1986). Distresul resimțit de prieteni poate fi evaluat cu ajutorul scalelor de evaluare a abilităților sociale sau a gradului de acceptare de către prieteni, scale completate de părinți sau educatori (profesori sau învățători).

Indiferent de metodele specifice folosite în evaluarea acestor criterii de intervenție, clinicianul trebuie să demonstreze că pattern-ul comportamental dificil al copilului depășește limita stabilită pentru comportamentul normal propriu vârstei. De asemenea, trebuie să demonstreze și faptul că acest comportament periclitează adaptarea copilului sau îi produce stres lui, celui care are grijă de el sau altor persoane, motivând astfel intervenția clinică. Abaterea statistică a comportamentului unui copil nu este suficientă pentru a justifica diagnosticul sau intervenția clinică. Ar fi util să discutăm aici prin ce se diferențiază un pattern comportamental caracteristic unei tulburări mentale, din care ulterior să putem trage concluzii pentru cazurile care necesită tratament. După cum afirma și Wakefield (1992), clinicianul încearcă să stabilească dacă este vorba despre o „funcționare nocivă”, care să explice diagnosticul unei tulburări mentale și/sau necesitatea intervenției clinice. În tratatele sale, Wakefield (1992) merge mai departe și spune că, pentru definirea unei „funcționări nocive”, trebuie să existe o anomalie în funcționarea unui mecanism intern, mental normal sau cognitiv; această disfuncție trebuie evidențiată înaintea punerii unui diagnostic de tulburare mentală. În schimb, Richters și Cicheti (1993) sunt de părere că, la baza comportamentelor dificile sau antisociale ale copiilor, nu se află neapărat o anomalie a unui mecanism cognitiv, deși în multe cazuri acesta este motivul determinant (vezi pentru o trecere în revistă a rezultatelor, studiile realizate de Hinshaw și Anderson, 1996). În opinia lor, comportamentul sfidător poate fi provocat și de mecanisme externe, cum ar fi un mediu de viață nociv. Acești copii nu pot fi considerați ca având tulburări mentale. Alți autori nu sunt de acord cu criteriile mecanismelor cognitive aberante ale lui Wakefield (Lilienfeld și Marino, 1995), ei susținând că întotdeauna delimitările între normalitate și anormalitate vor fi neclare, și asta din cauza dimensiunilor multiple ale caracteristicilor psihologice și comportamentale individuale, precum și fiindcă evaluatorul trebuie să aleagă în mod arbitrar unde să stabilească limita anormalității pe fiecare dimensiune în parte (vezi, de asemenea, Mash și Dozois, 1996). De asemenea, nu se știe dacă este nevoie de o anomalie a unui mecanism intern sau de un diagnostic de tulburare mentală pentru a justifica intervenția psihosocială în cazul copilului și al părinților acestuia. Unele intervenții sociale benigne, cum ar fi training-ul părinților pe probleme de management al copilului, pot fi justificate chiar și în cazurile în care copiii, ai căror părinți urmează astfel de training-uri, nu îndeplinesc criteriile diagnosticării cu tulburare mentală sau nu îndeplinesc toate criteriile unei „funcționări nocive” a lui Wakefield. Implementarea intervenției nu trebuie neapărat să depindă de punerea unui diagnostic de tulburare mentală, deși deseori include și diagnosticarea.

În final, toate acestea ar trebui să-l determine pe clinician să fie atent la faptul că uneori s-ar putea să existe copii și familii ale acestora care să nu necesite un training specific pe probleme de management al copilului. Acest lucru se poate datora faptului că unii părinți, din cauza propriilor tulburări psihologice și psihiatrice, resimt un stres semnificativ și în cazul comportamentului noncompliant dar normal, de zi cu zi, al copilului. În aceste cazuri, mai degrabă părinții, și nu copiii sunt cei care au nevoie de intervenție pentru propriul management al stresului (și pentru schimbările legate de

așteptările pe care le au față de copil, uneori nepotrivite vârstei acestuia). Situații mai puțin grave ale unor astfel de cazuri sunt acelea în care părinții nu manifestă tulburări psihice serioase, ci exagerează problemele de adaptare/dezadaptare ale copilului sau se îndoiesc de propriile competențe parentale. În aceste situații, tot ceea ce trebuie să facă clinicianul este să-i asigure pe părinți că totul este în ordine cu copilul și că ei ca părinți se descurcă foarte bine. De asemenea, unii copii pot manifesta nivele mai ridicate de comportament opoziționist, dar care nu sunt semnificative clinic, nu generează distres nici pentru copil, nici pentru părinți și nu sunt asociate cu deteriorări semnificative ale funcționării. Acești copii pot fi considerați încăpățânați, temperamental, rigizi sau având opinii foarte ferme, însă acești descriptori de personalitate în sine nu justifică intervenția clinică. Există și cazuri mai rare în care copilul este stresat de propriul comportament social, care însă nu atinge nivele semnificative clinic de noncompliance, nu provoacă distres părinților și nu presupune modificări în funcționarea adaptativă a copilului, cum ar fi cazurile de *Fobie socială*, *Tulburare depresivă majoră*, *Tulburare distimică* sau chiar *Tulburare obsesiv-compulsivă*. Acești copii ar putea avea nevoie de intervenție clinică pentru distresul lor psihic, însă nu este necesar un training parental special care să vizeze managementul comportamentului noncompliant al copilului, în forma în care este descris aici. Cu toate acestea, prezența a cel puțin două dintre cele trei criterii prezentate mai sus pot indica faptul că există un risc pentru dezvoltarea unor probleme de adaptare, în prezent sau mai târziu, eșec în adaptarea socială, eșec academic, care se pot finaliza cu activități antisociale sau cu alte modificări negative în procesul dezvoltării. Aceste caracteristici dovedesc existența unei „funcționări nocive” (chiar dacă nu este asociată cu mecanisme cognitive disfuncționale) și a unor riscuri de adaptare care pot justifica intervenția clinică.

Nivele ale noncompliancei

Așa cum reiese și din discuțiile anterioare, există mai multe nivele ale comportamentului noncompliant, pentru care însă nu întotdeauna există și consens între specialiști. În timp ce, pentru a defini nivelele de deficit intelectual, avem categorii de genul: încet, la limită (borderline), ușor, moderat și sever sau profund, în cazul comportamentului noncompliant, nu există etichete de acest gen, deși adaptarea categoriilor menționate mai sus ar putea desemna dimensiunile corespunzătoare ale comportamentului sfidător. Pe o scală corect standardizată de evaluare comportamentală, copiii, al căror comportament sfidător depășește media cu doar o singură abatere standard (+ 1 SD, al 84-lea centil) sau mai puțin, sunt considerați normali chiar dacă sunt încăpățânați sau foarte hotărâți. Acei copii care se situează între centilele 84 și 93 (între + 1 și - 1.5 SD) pot fi descriși ca fiind „non-complianți” (Forehand și McMahon, 1981) ori „dificili” sau aflându-se la limită pentru diagnosticarea TOP (*Tulburarea Opoziționismului Provocator*), în condițiile în care nu sunt îndeplinite toate criteriile de diagnostic pentru tulburarea respectivă din DSM-IV.

Despre acei copii care se situează deasupra centilului 93, potrivit scalelor de evaluare, sau care îndeplinesc toate criteriile pentru TOP din DSM-IV, se poate spune că au tulburarea respectivă. Această tulburare poate fi mai departe calificată ca fiind ușoară, moderată sau severă, în funcție de severitatea comportamentului sfidător, evaluată cu ajutorul scalelor de evaluare, sau în funcție de numărul simptomelor TOP care depășește numărul minim obligatoriu necesar pentru îndeplinirea criteriilor de diagnostic. Copiii din majoritatea acestor categorii (în afară de cei normali) sunt considerați corespunzători pentru acest program de training al părinților, cu condiția ca acele criterii care justifică intervenția (descrise mai înainte) să fi fost îndeplinite.

Tabelul 1.2. Criterii de diagnostic pentru *Tulburarea opoziționismului provocator*

A. Un pattern de comportament negativist, ostil și provocator care durează cel puțin 6 luni, în timpul căruia sunt prezente patru (sau mai multe) dintre următoarele:

1. adesea își pierde cumpătul;
2. adesea se ceartă cu adulții;
3. adesea sfidează sau refuză în mod activ să se conformeze cererilor sau regulilor adulților;
4. adesea enervează în mod deliberat pe alții;
5. adesea blamează pe alții pentru propriile sale erori sau purtare rea;
6. adesea este susceptibil ori ușor de enervat de către alții;
7. adesea este coleric și plin de resentimente;
8. adesea este ranchiunos și vindicativ.

Notă: Un criteriu se consideră satisfăcut, numai dacă comportamentul survine mai frecvent decât se observă de regulă la indivizii de etate și nivel de dezvoltare comparabile.

B. Perturbarea în comportament cauzează o deteriorare semnificativă clinic în funcționarea socială, școlară și profesională.

C. Comportamentele nu survin exclusiv în cursul evoluției unei tulburări psihotice sau afective.

D. Nu sunt satisfăcute criteriile pentru tulburarea de conduită și, dacă individul este în etate de 18 ani sau mai mult, nu sunt satisfăcute criteriile pentru tulburarea de personalitate antisocială.

Notă. Extras din American Psychiatric Association (1994, pp.93-94). Copyright 1994 the American Psychiatric Association. Reprodusă cu acordul autorilor.

Pentru persoanele care nu sunt familiarizate cu criteriile actuale de diagnostic clinic pentru *TOP* și cu acelea ale corespondentului său mult mai sever, *TC* (*Tulburarea de conduită*), prezentate în *DSM-IV* (*American Psychiatric Association*, 1994), acestea sunt prezentate în Tabelele 1.2. și 1.3. Ținând seama de faptul că majoritatea copiilor diagnosticați cu *TOP* și *TC* au deseori drept comorbiditate *ADHD*, criteriile de diagnostic pentru *ADHD* sunt prezentate în Tabelul 1.4. Clinicienilor care doresc să cunoască mai multe detalii despre această tulburare și despre intervenția potrivită, le sunt recomandate texte scrise de autor (1990, 1996), Hinshaw, (1994), Matson (1993), Weiss (1992) și Weiss și Hechtman (1993), unde vor găsi multe informații suplimentare.

După cum s-a menționat anterior, *TOP* dezvoltată în copilărie este strâns asociată cu riscul dezvoltării *TC* în cursul copilăriei (Lahey și Loeber, 1994; Lahey și colab., 1992; Patterson, 1982; Patterson și colab., 1992). Deși după trei ani de la diagnosticare, aproximativ 20-25% dintre copiii diagnosticați cu *TOP* nu mai prezintă tulburarea, în 52% dintre cazuri, *TOP* continuă să persiste și după această perioadă de timp. În aproape jumătate dintre cazuri (25% din totalul inițial de copii diagnosticați cu *TOP*) în care *TOP* persistă, tulburarea va progresa în *TC* în decursul unei perioade de 3 ani după follow-up (Lahey și colab., 1992).

Dintre copiii la care tulburarea progresează în *TC*, peste 80% au fost diagnosticați cu *TOP* ca tulburare preexistentă (Lahey și colab., 1992), *TOP* devenind astfel cea mai timpurie tulburare de dezvoltare pentru progresia ulterioară a *TC*. Deși majoritatea copiilor diagnosticați cu *TOP* nu vor progresa în *TC*, cei cu *TOP* persistentă sunt mai predispuși să dezvolte și *TC*, iar marea majoritate a copiilor cu *TC* vor ajunge la acest diagnostic prin diagnosticarea anterioară a *TOP*. Au fost studiate și alte traiectorii similare de dezvoltare a *TC*, deși există variațiuni în aceste traiectorii și sunt legate de tipul de *TC* care va apărea mai târziu în procesul dezvoltării (Lahey și Loeber, 1994; Loeber, 1988, 1990; Loeber și colab., 1993; Patterson și colab., 1992).

Tabelul 1.3. Criterii de diagnostic pentru *Tulburarea de conduită*

A. Un pattern repetitiv și persistent de comportament, în care drepturile fundamentale ale altora ori normele sau regulile sociale corespunzătoare etății sunt violate, manifestat prin prezența a trei (sau a mai multe) dintre următoarele criterii în ultimele 12 luni, cu cel puțin un criteriu prezent în ultimele 6 luni:

Agresiune față de oameni și animale

- (1) adesea tiranizează, amenință sau intimidează pe alții;
- (2) inițiază adesea bătăi;
- (3) a făcut uz de o armă care poate cauza o vătămare corporală serioasă altora (de ex., băț, cărămidă, sticlă spartă, cuțit, armă de foc);
- (4) a fost crud fizic cu alți oameni;
- (5) a fost crud fizic cu animalele;
- (6) a furat în confruntare cu victima (de ex., banditism, furt din poșete, estorcare, atac cu mâna armată);
- (7) a forțat pe cineva la activitate sexuală;

Distrugerea proprietății

- (8) s-a angajat deliberat în incendieri cu intenția de a cauza un prejudiciu serios;
- (9) a distrus deliberat proprietatea altora (altfel decât prin incendiere).

Fraudă sau furt

- (10) a intrat prin efracție în casa, dependențele sau autoturismul cuiva;
- (11) minte adesea pentru a obține bunuri sau favoruri ori pentru a evita anumite obligații (adică „escrochează” pe alții);
- (12) a furat lucruri de valoare mare fără confruntare cu victima (de ex., furt din magazine, dar fără efracție; plastografie);

Violări serioase ale regulilor

- (13) adesea lipsește de acasă noaptea, în disprețul interdicției părinților, începând înainte de etatea de 13 ani;
- (14) a fugit de acasă (noaptea) de cel puțin două ori în timp ce locuia în casa părintească sau a substitutului parental (sau o dată, fără a reveni acasă o lungă perioadă de timp);
- (15) chiulește adesea de la școală, începând înainte de etatea 13 ani.

B. Perturbarea în comportament cauzează o deteriorare semnificativă clinic în funcționarea socială, școlară sau profesională.

C. Dacă individul este în etate de 18 ani sau mai mult, nu sunt satisfăcute criteriile pentru tulburarea de personalitate antisocială.

De codificat pe baza etății de debut:

Tulburare de conduită, cu debut în copilărie: debutul a cel puțin un criteriu caracteristic tulburării de conduită înaintea etății de 10 ani.

Tulburare de conduită, cu debut în adolescență: absența oricărui criteriu caracteristic tulburării de conduită înaintea etății de 10 ani.

Tulburare de conduită, debut nespecificat: etatea de debut nu este cunoscută.

De specificat severitatea:

Ușoară: puține, dacă nu chiar nici un fel de probleme de conduită în exces, în raport cu cele cerute pentru a pune diagnosticul, iar problemele de conduită cauzează numai un prejudiciu minor altora;

Moderată: numărul problemelor de conduită și efectul asupra altora, intermediar între „ușoară” și „severă”;

Severă: multe probleme de conduită în exces, în raport cu cele cerute pentru a pune diagnosticul, ori problemele de conduită cauzează un prejudiciu considerabil altora.

Notă. Extras din American Psychiatric Association (1994, pp.90-91). Copyright 1994 the American Psychiatric Association. Reprodusă cu acordul autorilor.

Tabelul 1.4. Criteriile de diagnostic pentru Tulburarea de hiperactivitate/Deficit de atenție

A. Fie (1) sau (2)

- (1) șase sau mai multe dintre următoarele simptome de inatenție au persistat cel puțin 6 luni într-un grad care este dezadaptativ și discrepant în raport cu nivelul de dezvoltare:

Inatenția

- (a) incapabil adesea de a da atenția cuvenită detaliilor ori face erori prin neglijență în efectuarea temelor școlare, la serviciu, sau în alte activități;
- (b) adesea are dificultăți în susținerea atenției în sarcini sau activități de joc;
- (c) adesea pare a nu asculta când i se vorbește direct;
- (d) adesea nu se conformează instrucțiunilor și este incapabil să-și termine temele pentru acasă, sarcinile casnice ori obligațiile la locul de muncă (nedatorate comportamentului opoziționist sau incapacității de a înțelege instrucțiunile);
- (e) adesea are dificultăți în organizarea sarcinilor și activităților;
- (f) adesea evită, are aversiune, nu este dispus să se angajeze în sarcini care necesită efort mental susținut (cum ar fi efectuarea temelor în clasă sau acasă);
- (g) adesea pierde lucruri necesare pentru diverse sarcini sau activități (de ex., jucării, teme pentru acasă, creioane, cărți, instrumente);
- (h) adesea este ușor de distras de stimuli irelevanți;
- (i) adesea este uituc referitor la activitățile cotidiene;

- (2) șase (sau mai multe) dintre următoarele simptome de hiperactivitate-impulsivitate au persistat timp de cel puțin 6 luni într-un grad care este dezadaptativ și în contradicție cu nivelul de dezvoltare:

Hiperactivitatea

- (a) adesea se joacă cu mâinile sau cu picioarele sau se foiește pe loc;
- (b) adesea își părăsește locul din bancă sau în alte situații în care este de dorit să rămână așezat;
- (c) adesea aleargă în jur sau se cațără excesiv de mult, în situații în care acest lucru este inadecvat (la adolescenți sau la adulți poate fi limitat la sentimentul subiectiv de neliniște);
- (d) adesea are dificultăți în a se juca sau în a se angaja în liniște în activități distractive;
- (e) adesea este „în continuă mișcare” sau acționează ca și cum „ar fi împins de un motor”;
- (f) adesea vorbește excesiv de mult;

Impulsivitatea

- (g) adesea „trânțește” răspunsuri înainte ca întrebările să fi fost complet formulate;
- (h) adesea are dificultăți în a-și aștepta rândul;
- (i) adesea întrerupe sau deranjează pe alții (de ex., intervine în conversațiile sau jocurile altora);

- B. Unele simptome de inatenție sau de hiperactivitate-impulsivitate care au cauzat deteriorarea erau prezente înainte de etatea de 7 ani.
- C. O anumită deteriorare din cauza simptomelor este prezentă în două sau mai multe situații (de ex., la școală [sau la serviciu] și acasă).
- D. Trebuie să fie clară proba deteriorării semnificative clinic în funcționarea socială, școlară sau profesională.
- E. Simptomele nu survin exclusiv în cursul unei tulburări de dezvoltare pervasive, al schizofreniei ori al altei tulburări psihotice și nu pot fi explicate mai bine de altă tulburare mentală (de ex., de o tulburare afectivă, anxioasă, disociativă sau de personalitate).

A se codifica pe bază de tip:

Tulburare de hiperactivitate/deficit de atenție, tip combinat: dacă ambele criterii A1 și A2 sunt satisfăcute pentru ultimele 6 luni;

Tulburare de hiperactivitate/deficit de atenție, tip predominant de inatenție: dacă criteriul A1 este satisfăcut, iar criteriul A2 nu, pentru ultimele 6 luni.

Tulburarea de hiperactivitate/deficit de atenție, tip predominant de hiperactivitate – impulsivitate: dacă criteriul A2 este satisfăcut, iar criteriul A1 nu este satisfăcut pentru ultimele 6 luni.

Notă de codificare: Pentru indivizii (în special pentru adolescenți și adulți) care în mod curent au simptome care nu mai satisfac în întregime criteriile, trebuie specificat „în remisiune parțială”.

S-a demonstrat în repetate rânduri că vârsta timpurie de instalare a simptomelor TC este un predictor deosebit de important pentru transformarea acesteia în delincvență, pentru severitatea și persistența unei astfel de delincvențe, instalarea simptomelor înaintea vârstei de 12 ani fiind un prag deosebit de important pentru astfel de predicții (Loeber, 1988, 1990, Loeber, Green, Lahey, Christși Frick, 1992; Patterson și colab., 1992; Tolan, 1987).

Prevalența comportamentului noncompliant

După cum se poate deduce din discuțiile de mai sus, frecvența cu care copiii manifestă comportamente sfidătoare și noncompliance de intensitate semnificativă clinic sau nivele care periclitează funcționarea normală, depinde în mare măsură de modul în care sunt definite aceste tulburări când se evaluează populația țintă (copiii). Potrivit DSM-IV, prevalența TOP se situează între 2% și 16% (*American Psychiatric Association*, 1994). Pentru TC, scorurile se situează între 6% și 16% pentru băieți și 2% și 9% pentru fete (*American Psychiatric Association*, 1994). Folosind evaluările părinților asupra problemelor de comportament ale copiilor, într-un eșantion relativ mare (1096), cu vârste cuprinse între 6 și 17 ani, studiul lui Jensen și colab. (1995) a relevat o prevalență de 4,9% pentru TOP și 1,9% pentru TC, diagnostic stabilit pe baza criteriilor DSM-III-R (*American Psychiatric Association*, 1987). Bazându-se doar pe evaluările educatorilor (învățători, profesori) conform simptomelor descrise în DSM-III-R, pe un eșantion de 931 de băieți cu vârste cuprinse între 5 și 14 ani, Pelham, Gnagy, Greensdale și Milch (1992) au relevat o prevalență de 3,2% pentru TOP și 1,3% pentru TC. Ținând cont de limitele impuse de contextul în care educatorii (profesorii, învățătorii) pot observa comportamentul copiilor (în cadrul orelor – teren de joacă), iar comportamentul opoziționist și antisocial apare mai frecvent acasă și în cadrul comunității, probabil că aceste rate de prevalență subestimează frecvența acestor tulburări în populație. Un alt studiu, folosind multiple surse de informație (de la părinți, copii, profesori) pe un eșantion mare de copii de 11 ani, au relevat o prevalență de 5,7% pentru TOP și 3,4% pentru TC (tipul agresiv), pe baza criteriilor de diagnostic din DSM-III (Anderson, Williams, McGeeși Silva, 1987). În acest grup de vârstă, raportul băieți-fete pentru TOP a fost de 2,2 la 1, în timp ce pentru TC a fost de 3,2 la 1. Bazându-se pe evaluările părinților și ale adolescenților, făcute pe baza criteriilor de diagnostic din DSM-III sau DSM-III-R, în cazul eșantioanelor de adolescenți, rata prevalenței era între 1,7% și 2,5% pentru TOP și între 3,2% și 7,3% pentru TC (Ferguson, Horwoodși Lynskey, 1993; Lewinsohn, Hops, Roberts, Seeleyși Andrews, 1993; McGee, Feehan, Williams, Partridge, Silvași Kelly, 1990). Se poate observa un declin al prevalenței TOP și o creștere a prevalenței TC, comparativ cu evaluările prevalenței pentru aceste tulburări în copilărie. Acest lucru confirmă faptul că în cazul unor copii diagnosticați cu TOP, odată cu procesul de maturizare, simptomele pot să dispară, pe când la alții, simptomele evoluează din TOP în TC. Raportul pe sexe în aceste eșantioane este de 2:1 la 3:1 (băieți - fete), atât pentru TOP, cât și pentru TC. În consecință, ambele tulburări apar cu o frecvență mai mare la băieți decât la fete, însă evaluarea lor variază foarte mult atât în funcție de modul în care a fost definită tulburarea, cât și de vârstă (*American Psychiatric Association*, 1994; Hinshaw și Anderson, 1996). Una dintre sintezele literaturii de specialitate sugerează faptul că, până la adolescență, fetele „îi ajung din urmă” pe băieți în ceea ce privește prevalența TC (Zoccolillo, 1993). Evident, ar putea exista o frecvență și mai mare a comportamentelor dificile mai puțin severe clinic decât cele sugerate de datele prezentate anterior.

Argumente în favoarea intervenției asupra noncompliancei

Acest program nu se focalizează doar pe noncompliancea sau pe comportamentul dificil al copilului, ci și pe acele procese sociale din familie care par să fi contribuit, chiar dacă parțial, la dezvoltarea și menținerea comportamentului opoziționist al copilului. Aceste procese sunt explicate în detaliu în partea *Cauzele noncompliancei la copii*. Noncompliancea este produsul cel mai evident al acestor procese sociale, deși există și alte corelate și rezultate semnificative ale acestor procese, cum ar fi depresia maternă, stres parental și stimă de sine scăzută, sentimentul lipsei de competență parentală, conflicte conjugale, chiar și ostilitate și resentimente între frați, ca să numim doar câteva (Forehand și McMahon, 1981; Patterson, 1982; Patterson și colab., 1992). Există o serie de motive întemeiate pentru care non-compliancea, împreună cu procesele familiale subiacente devin ținta intervenției.

Numărul mare de trimiteri pentru evaluare clinică

În primul rând, non-compliancea sau sfidarea, precum și diferitele forme ale acestora, par să fie cele mai frecvente acuze ale familiilor care ajung să își trimită copiii, mai ales băieții, în centre de sănătate mentală (Johnson, Wahl, Martin și Johansson, 1973; Patterson, 1976, 1982; Patterson și colab., 1992). Peste jumătate dintre trimerile la asemenea clinici se fac pentru comportamente opoziționiste și agresive. Aceste cifre se ridică la peste 74%, dacă sunt incluse în investigație și simptomele ADHD (Patterson și colab., 1993). Deși acești copii pot primi diagnosticul de TOP, TC, ADHD sau cel de *Reacții de adaptare* etc., una dintre îngrijorările majore ale părinților și ale educatorilor se referă la incapacitatea acestor copii de a se conforma indicațiilor, instrucțiunilor, regulilor sau codurilor sociale de conduită caracteristice grupei lor de vârstă. Părinții se pot plânde că acești copii nu sunt ascultători, au accese de furie, sunt agresivi sau distructivi, se opun verbal sau se împotrivesc autorității părinților, nu își fac temele, nu își îndeplinesc așa cum trebuie sarcinile, nu se pot juca cum trebuie cu copiii din cartier, mint sau fură frecvent sau se angajează în alte forme de comportament inadecvat. Toate aceste comportamente reprezintă încălcarea unor comenzi, indicații sau reguli care fie i-au fost date direct copilului, fie i-au fost spuse în mod direct într-o situație particulară. Din acest motiv, non-compliancea, definită în termeni generali, concentrează majoritatea comportamentelor de externalizare sau diferite forme de probleme de conduită.

Nivelul ridicat al conflictului familial

În al doilea rând, non-compliancea stă la baza majorității interacțiunilor negative dintre membrii familiei și copilul în cauză. Patterson (1976, 1982; Patterson și colab., 1992) și alți autori (vezi Forehand și McMahon, 1981) au evidențiat despre comportamentul disruptiv sau agresiv al copiilor că el nu apare tot timpul sau aleator în cursul unei zile, ci se manifestă mai degrabă sub forma unor „izbucniri”. Acestea sunt episoade cu o rată ridicată, deseori intense, de comportament opoziționist sau coercitiv al copilului, care intervin în cursul unor comportamente de altfel normale. Cercetările sugerează că unul dintre factorii cei mai comuni care accelerează comportamentul noncompliant sau dificil al copilului se referă la comenzile (solicitările) părinților sau ale educatorilor (Forehand și Scarboro, 1975; Green și colab., 1979; Patterson, 1982; Snyder & Brown, 1983; Williams și Forehand, 1984).

În multe, deși nu în toate situațiile, asemenea confruntări negative dintre adult și copil par să ia forma interacțiunii prezentate schematic în Figura 1.2. De obicei,

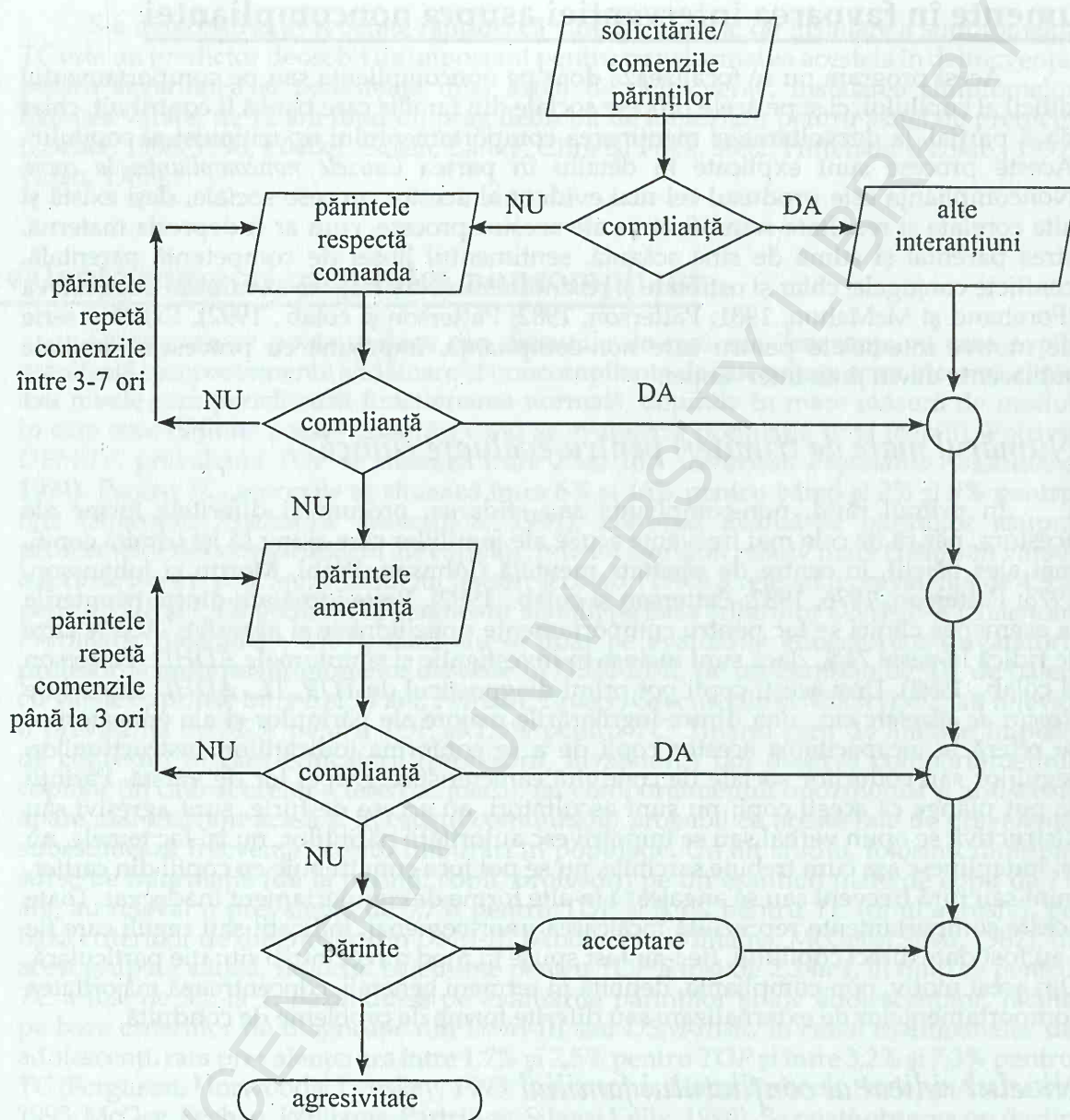


FIGURA 1.2. Schema logică a posibilelor secvențe de interacțiune dintre părinte și copil în timpul stabilirii compliancei la o comandă/solicitare. Din Barkley (1981, pag. 100). Copyright 1981, Guilford Press. Reprodus cu permisiunea autorilor.

sucesiunea acțiunilor este inițiată de comanda dată de părinte, cerându-i copilului să îndeplinească o sarcină care nu-i place; de exemplu: să își adune jucăriile, să facă curat în cameră sau să își facă temele de casă. Sunt foarte rare ocaziile în care copilul cu tulburări de comportament efectuează sarcina la prima solicitare. Aceste situații rare au loc atunci când solicitarea presupune un efort minim din partea copilului (de exemplu, „Adu-mi, te rog, o batistă de hârtie”) sau o activitate care în general îi place copilului ori o întărire imediată care determină compliancea (de exemplu, „Urcă în mașină ca să mergem să cumpărăm înghețată”). În aceste cazuri, așa cum se poate vedea și în partea

dreaptă a Figurii 1.2., copilul se va conforma solicitării, iar familia poate trece la alte (următoarele) interacțiuni. Acest aspect pare să nu fie chiar așa de important, însă ceea ce este într-adevăr important în acest caz este faptul că aceste acte de complianță sunt rareori urmate de întăriri sociale, cum ar fi reacții pozitive din partea părintelui, prin care acesta să-și exprime aprecierea față de complianța copilului. Dacă asemenea ocazii de complianță trec „neobservate” de părinți, frecvența lor va scădea în timp și este posibil să mai apară doar în cazurile în care solicitarea implică recompense mari, disponibile imediat. În asemenea cazuri, copilul se conformează solicitării nu pentru că în prealabil a primit întăriri pozitive de la părinte, ci pentru faptul că solicitarea actuală presupune în sine o recompensă. Cu toate acestea, sunt puține situațiile în care copilul cu tulburarea de comportament devine compliant încă de la primele solicitări ale părinților.

Mult mai des, pattern-ul evenimentelor este cel prezentat în partea stângă a Figurii 1.2. În aceste situații, copilul reușește să se conformeze unei solicitări inițiale, lucru care deseori este urmat de repetarea solicitării (de către părinte). De cele mai multe ori, nici a doua solicitare nu este ascultată (de către copil), și chiar repetată de 5 – 15 ori (poate și mai mult!) în diverse forme, ea are același rezultat – noncomplianța copilului. La un moment dat, părintele devine frustrat și intensitatea emoțională a interacțiunii escaladează. Părintele îl poate avertiza sau amenința pe copil în sensul că, dacă nu se conformează, va urma ceva neplăcut sau va fi pedepsit. Cu toate acestea, în multe cazuri, copilul va continua, în ciuda amenințărilor, să rămână noncompliant, de multe ori acest lucru datorându-se tocmai faptului că părinții repetă de prea multe ori amenințarea, aceasta pierzând din intensitate (sau credibilitate), mai ales dacă de cele mai multe ori ea nici nu este pusă în aplicare. În timp, atât reacțiile emoționale ale părintelui, cât și acelea ale copilului se intensifică în așa măsură, încât volumul și intensitatea vocii va crește foarte mult, precum și manifestarea unor comportamente colaterale destructive de mânie sau sfidare față de celălalt. În final, secvența interacțiunilor se termină într-un fel sau altul. Mai rar, părintele disciplinează copilul, trimițându-l în camera lui, deprivându-l de activitățile favorite. Asemenea modalități de disciplinare eșuează deseori, deoarece sunt aplicate inconsistent sau sunt amânate cu mult peste momentul în care părintele a făcut solicitarea. De cele mai multe ori, părintele renunță și acceptă situația în care copilul nu-și termină sarcina sau o termină doar parțial. Chiar dacă în cele din urmă sarcina este realizată, copilul reușește cel puțin să o amâne, obținând mai mult timp de joacă sau mai mult timp pentru alte activități dorite.

Aceste din urmă circumstanțe (eventual complianța copilului) pot fi adevărate enigme atât pentru părinți, cât și pentru terapeuți. În acest sens, părinții pot crede că au „înving” sau au reușit să-l facă pe copil să asculte, deși vor fi surprinși să vadă că, în viitor, copilul va încerca din nou să ignore solicitarea sau chiar să i se împotrivească părintelui. Părinții îi pot întreba pe terapeuți despre motivele pentru care copilul continuă să nu se comporte cum trebuie sau să li se împotrivească, chiar și atunci când, până la urmă, acesta va fi forțat să îndeplinească sarcina. Cheia înțelegerii acestui comportament paradoxal este schimbarea punctului de abordare, și anume, să încercăm să privim situația mai degrabă din perspectiva copilului decât din aceea a adultului. Adulții tind să vadă situația globală și rezultatul final – în ultimă instanță, oricum îl vor determina pe copil să facă ceea ce i se cere (de exemplu, „Pregătește-te de culcare”). În schimb, majoritatea copiilor nu vor reuși să perceapă situația în ansamblul ei, ci o vor vedea ca pe o interacțiune pas-cu-pas între ei și părinți, în care principalul lor scop este evadarea din sarcina solicitată sau evitarea ei, chiar dacă este o „victorie” de moment. Astfel, fiecare minut cu care copilul poate amâna îndeplinirea sarcinii este un minut câștigat, în care poate continua ceea ce făcea înaintea solicitării - o activitate care, de obicei, este mult mai recompensatoare pentru el decât ceea ce îi cer părinții să facă. De asemenea, de multe ori, este un minut câștigat pentru evitarea realizării unei sarcini „neplăcute” solicitate

de către părinte; evitarea activităților „neplăcute” reprezentând în sine o recompensă pentru copil, comportamentul este astfel întărit negativ.

Cele de mai sus explică de ce părinții sunt uneori nedumeriți de situația în care copilul petrece mai mult timp evitând îndeplinirea solicitării, sau certându-se cu părinții, decât cu îndeplinirea sarcinii care i-ar lua mult mai puțin timp. Amânarea sarcinii de către copil este o dublă întărire, în sensul că, pe de o parte, îi permite continuarea activității preferate în care era implicat (întărire pozitivă), pe de altă parte, îi permite evitarea cu succes a sarcinii „neplăcute” impuse de părinte (întărire negativă). Rezultatul final al interacțiunii (o eventuală pedeapsă sau complianță forțată) este suficient amânat, astfel încât influența sa asupra comportamentului imediat al copilului să fie minimă sau chiar să lipsească.

Când copilul nu reușește să îndeplinească activitatea solicitată, de multe ori părintele renunță acceptând în final comportamentul copilului. În unele cazuri, copilul pur și simplu abandonează sarcina, părăsind camera sau curtea fără să îndeplinească solicitarea. Sau părintele poate ieși din încăperea din cauza furiei, a frustrării, lăsându-l pe copil să își continue activitățile anterioare. Sunt cazuri în care părintele sfârșește prin a termina el însuși activitatea solicitată, de exemplu situația în care părintele adună jucăriile în locul copilului. Sau părintele îl poate asista pe copil în îndeplinirea sarcinii, după ce i-a spus ce trebuie să facă. În cazuri mai rare, copilul nu numai că poate scăpa fără să termine sarcina solicitată, dar comportamentul său poate avea și unele consecințe pozitive. Această situație poate fi întâlnită când, de exemplu, mama îi cere copilului să-și adune jucăriile, copilul refuză, se trânteste de pământ și începe să se dea cu capul de pereți. Mama, de frică să nu se rănească, va alege să adune ea jucăriile, va lua copilul în brațe, încercând să îl liniștească. În consecință, aceste crize de furie sau comportamente de auto-vătămare ale copilului nu numai că sunt întărite negativ prin evitarea sarcinilor neplăcute solicitate la început de mamă, ci sunt simultan întărite pozitiv, prin atenția pe care i-o acordă mama copilului pentru a-l liniști. Este posibil ca aceste consecințe duale pentru un comportament opoziționist să accelereze preluarea și menținerea unor asemenea pattern-uri de comportament și pentru circumstanțe viitoare similare (Patterson, 1976; 1982). Asemenea pattern-uri de interacțiuni submisive pot să stea la baza unor interacțiuni negative dintre părinți și copiii dificili sau noncomplanți. În cazurile în care se dorește ameliorarea problemelor relatate de familie, aceste pattern-uri de interacțiuni submisive trebuie să fie ținta intervenției.

Expansiunea situațională

Al treilea motiv pentru care noncomplanța a fost aleasă ca țintă a intervenției este faptul că, în comparație cu alte probleme comportamentale întâlnite la copii, acest tip de comportament se extinde mai ușor la mai multe situații, este pervasiv. Cercetările (Forehand și McMahon, 1981; Hinshaw și Anderson, 1996; Patterson, 1982) arată că acei copii care manifestă comportamente noncompliance sau coercitive într-o anumită situație, cel mai probabil le vor manifesta și în alte situații, la alte solicitări sau instrucțiuni, cu alți copii sau adulți. Din acest motiv, îmbunătățirea complianței copilului poate avea efect în mai multe situații și cu mai mulți indivizi, decât dacă s-ar face intervenție asupra unei probleme comportamentale specifice unei situații.

Efecte asupra mediului social al familiei

În al patrulea rând, comportamentul noncompliant al copilului, prezentat schematic în Figura 1.2., poate avea efecte indirecte asupra funcționării familiei, care, printr-o acțiune reciprocă, poate să aibă, la rândul ei, efecte negative asupra adaptării psihologice a copilului cu comportament dificil. Rezultatele managementului problemelor de familie prezentate în Figura 1.2. pot fi văzute în Figura 1.3., așa cum s-a demonstrat în cercetarea de lungă durată asupra copiilor agresivi condusă de Gerald Patterson (1982). Așa cum s-a menționat anterior, în urma procesului de management al problemelor de familie, copilul dobândește rapid un set de comportamente coercitive pe care le va folosi împotriva părintelui, a altor membri ai familiei sau chiar împotriva prietenilor, atunci când va primi o sarcină de îndeplinit care nu îi place (Patterson, 1982). De asemenea, și părinții pot dobândi un set de comportamente coercitive care escaladează rapid, pe care să le folosească în interacțiunea cu copilul, deoarece rarele ocazii în care au strigat la copil, l-au amenințat sau l-au pedepsit, au dus în final la complianță din partea acestuia. Chiar mai mult, cu timpul, părinții pot avea din ce în ce mai puține solicitări la adresa copilului, știind dinainte că vor întâmpina rezistență și comportament opoziționist din partea acestuia. În consecință, părinții își vor asuma din ce în ce mai multe dintre sarcinile copilului sau le vor transfera celorlalți frați. Această din urmă situație poate duce nu doar la declinul funcționării optime a copilului (de exemplu, independență, autonomie, nivel al responsabilității etc.), ci și la dezvoltarea ostilității dintre frați și a resentimentelor față de copilul cu comportament dificil, deoarece acesta va avea semnificativ mai puține sarcini de făcut. În alte situații, părinții și ceilalți frați vor avea din ce în ce mai puțin timp liber și vor iniția din ce în ce mai puține activități recreaționale cu copilul, pentru a evita astfel neplăcerile care ar putea să apară din cauza acestuia. De asemenea, frații copilului cu comportament sfidător pot adopta și utiliza frecvent și ei, la rândul lor, un repertoriu de comportamente coercitive ca răspuns la comportamentul fratelui lor sau la adresa părinților (Patterson, 1982; Snyder și Patterson, 1995; Stormont-Spurgin și Zental, 1995), de vreme ce aceștia pot adopta frecvent tactici coercitive similare și cu ale celorlalți membri ai familiei, nu doar cu cele ale copilului dificil, diagnosticat cu tulburare semnificativă clinic. Astfel, frecvența evenimentelor sociale aversive din cadrul familiei copilului sfidător este mult peste normal. Este de la sine înțeles și a fost dovedit de cercetările în domeniu (Forehand și McMahon, 1981; Patterson, 1982; Patterson și colab., 1992) faptul că prezența unor astfel de pattern-uri în familie poate avea efecte negative asupra stimei de sine a părinților, a armoniei din cadrul familiei, a armoniei dintre soți, în cazurile în care copilul i se opune unuia dintre părinți mai mult decât celuilalt, sau asupra stimei de sine a copilului dificil. Astfel, se formează un sistem reciproc de efecte în relația dintre părinți și copilul sfidător, în care comportamentul părintelui și cel al copilului acționează unul asupra celuilalt, bidirecțional, având un efect foarte mare asupra mediului din familie (Patterson și colab., 1992; Stormont-Spurgin și Zental, 1995; Vuchnich, Banks și Patterson, 1992).

Persistență în dezvoltare

În al cincilea rând, comportamentul noncompliant la copii pare să fie stabil în timp, fiind un predictor semnificativ al persistenței acestui tip de pattern comportamental de-a lungul dezvoltării (Fischer, Barkley, Fletcher și Smallish, 1993; Loeber, 1990; Olweus, 1979; Patterson, 1982). De fapt, sfidarea sau agresivitatea în copilărie poate fi una dintre cele mai stabile tulburări de comportament de-a lungul dezvoltării.

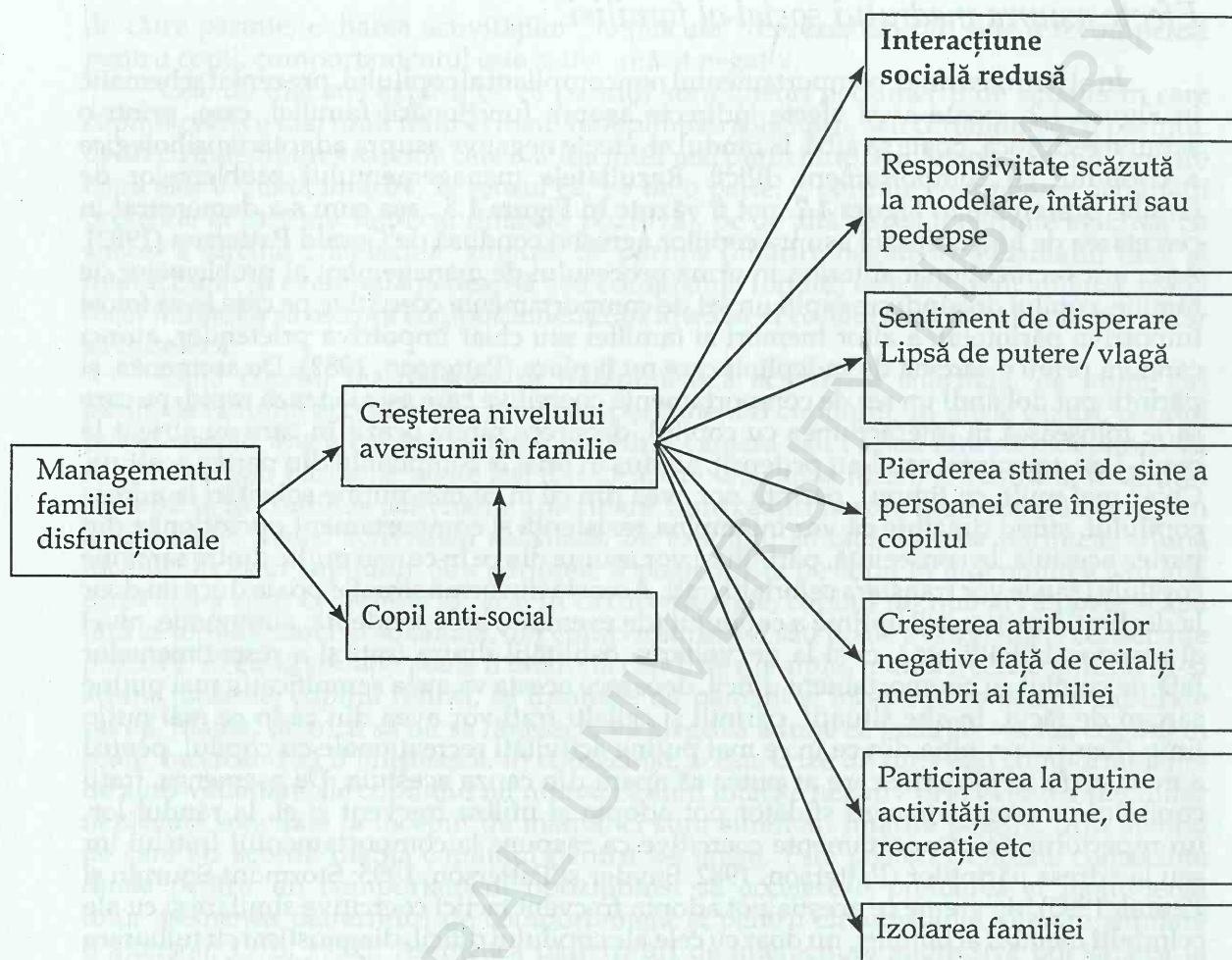


Figura 1.3. Rezultatele practicilor de management al familiei care funcționează deficitar și dezvoltarea comportamentului anti-social la copii. Din Patterson (1982, p.233). Copyright 1982 Castalia Publishing Co. Reprodus cu acordul autorilor.

Anticiparea unor rezultate negative în dezvoltare

Identificarea comportamentului dificil în vederea intervenției timpurii este foarte importantă. Cercetările în domeniu au relevat, în repetate rânduri, asocierea acestuia cu o varietate de procese dezadaptative de-a lungul adolescenței și a vieții adulte timpurii (Olweus, 1979; Patterson și colab., 1992; Tremblay, Pihl, Vitaroși Dobkin, 1994). Cu alte cuvinte, comportamentul sfidător sau coercitiv, mai ales dacă nu are o intensitate și o durată așa de mare, încât să necesite intervenția serviciilor de sănătate mentală, este un precursor sau un element de legătură cu alte forme, mai serioase, de comportament anti-social, activitate criminală sau abuz de substanțe (Barkley, Fischer, Edelbrock și Smallish, 1990; Lahey și Loeber, 1994; Loeber, 1990; Lynskey și Fergusson, 1994; Patterson, 1982; Patterson și colab., 1992). În Tabelul 1.5. sunt prezentate vârstele la care se instalează diferite comportamente disruptive. În acest caz, pattern-ul este evident; există anumite stadii de dezvoltare în legătura dintre comportamentul opoziționist al copilului și etapele ulterioare de agresivitate fizică, sfidarea autorităților și încălcarea proprietății (Frick și

colab., 1993; Loeber, 1988, 1990; Loeber și colab., 1992). Comportamentul opoziționist din copilărie este un predictor semnificativ pentru problemele ulterioare în performanța școlară și acceptarea de către prieteni (Hinshaw și Anderson, 1996; Loeber 1990; Patterson, 1982; Patterson și colab., 1992; Tremblay și colab., 1992; Wells și Forehand, 1985). Riscul dezvoltării ulterioare a depresiei, a ideății suicidare, și a tentativelor de suicid este, de asemenea, mai mare în cazul copiilor care manifestă comportament deviant sau agresiv (Capaldi, 1992; Patterson, 1982; Patterson și colab., 1992; Wenning, Nathan și King, 1993). Astfel, studiile în domeniu arată că prezența comportamentului opoziționist sfidător sau a agresivității sociale la copii reprezintă cea mai stabilă formă de psihopatologie de-a lungul dezvoltării și este un predictor semnificativ pentru o gamă largă de riscuri sociale și academice negative, față de multe alte forme de comportament deviant la copii (Farrington, 1995; Hinshaw și Anderson, 1996; Loeber, 1988, 1990; Fischer și colab., 1993; Olweus, 1979, 1980; Paternite & Loney, 1980; Patterson, 1982; Patterson și colab., 1992).

Aceste riscuri în dezvoltare devin mai probabile și mai severe în cazurile în care comportamentele sfidătoare ale copilăriei sunt combinate cu nivele ridicate ale simptomelor de ADHD, mai ales ale impulsivității (Farrington, 1995; Hinshaw, 1987; Hinshaw și Anderson, 1996; Loeber, 1990; Moffitt, 1990; Olson, 1992; Tremblay și colab., 1994). Comportamentul opoziționist este ales pentru tratament, deoarece poate duce la dezvoltarea unor consecințe negative în cazul în care rămâne netratat.

Introducere pentru intervenția eficientă în cazul altor probleme

În final, intervenția în cazul altor probleme ale copilului ar fi dificilă în lipsa unei intervenții prealabile care să vizeze direct noncompliancea acestuia. De exemplu, încercarea de a învăța un copil noncompliant de trei ani să stea pe oliță, probabil că nu va avea succes decât dacă copilul va fi învățat în prealabil să se supună solicitărilor (să facă ce i se cere). De asemenea, ajutorul pe care îl dau părinții unui copil de vârstă școlară, în realizarea temelor de casă, poate să nu dea rezultate, din cauza convingerii copilului că se poate baza pe un comportament sfidător în cadrul interacțiunilor de acest gen cu

Tabelul 1.5. Vârsta medie a instalării simptomelor TOP și TC ca funcție a celor patru dimensiuni prezentate în Figura 1.1., pe baza evaluărilor făcute de părinți

Vârsta medie (în ani)	D: Opoziționist	B: Agresiv	A: Proprietate	C: Status
4,0	Încăpățânat			
5,0	Își pierde cumpătul			
6,0	Sfidător, se ceartă, sensibil	Răutăcios, Se bate, îi învinovățește pe alții		
6,5	Îi deranjează pe ceilalți		Minte, chinuiește animale	
7,0	nervos	Se bate cu ceilalți	Vandalizează	
7,5		Îi atacă pe alții	Fură	
8,0			Incendiază	
8,5				Chiulește
9,0				Înjură
10,0				Fuge de acasă
	6,0 ani	6,75 ani	7,25 ani	9,0 ani

Notă. Adaptare după Frick și colab. (1993, p. 330). Copyright 1993 Pergamon Press. Adaptarea este permisă cu acordul autorilor.

părintele. Acest lucru este valabil și pentru copiii noncomplanți care trebuie să urmeze tratamente medicale sau programe educaționale, în sensul că acestea vor avea mai puțin succes până când copilul nu dezvoltă o legătură de complianță cu adultul.

Aspecte importante ale interacțiunilor dintre părinți și copii dificili

Numărul cercetărilor care vizează relația părinte-copil în familii cu copii care au probleme de comportament, este mult prea mare pentru a putea fi cuprins într-o trecere în revistă. Cititorii care sunt, totuși, interesați de mai multe informații pot citi textele lui Patterson (1982; Patterson și colab., 1992) și cele ale lui Hinshaw și Anderson (1996), Lahey și Loeber (1994), Loeber (1988, 1990), Forehand și McMahon (1981) și Wahler (1975). Cele mai consistente și generale rezultate ale acestor studii sunt importante pentru intervenția clinică în cazul acestor familii. În cele ce urmează, vom prezenta pe scurt cele mai importante rezultate.

Fără nici o îndoială, studiile în domeniu demonstrează că natura sau calitatea interacțiunilor copil-părinte este strâns legată de pattern-urile de comportament noncompliant, sfidător și agresiv din copilărie, de persistența acestor comportamente de-a lungul dezvoltării, precum și de dezvoltarea ulterioară a delincvenței în adolescență (Farrington, 1995; Haapasalo și Tremblay, 1994; Lahey și Loeber, 1994; Loeber 1988, 1990; Patterson, 1982; Patterson și colab., 1992; Schachar și Wachsmuth, 1990). În cazul copiilor cu probleme de comportament opoziționist, calitatea relațiilor de atașament cu părinții este mai slabă (Speltz, DeKlyen, Greenberg și Dryden, 1995). Comportamentul părinților acestor copii este deseori inconsecvent, uneori având chiar consecințe pozitive pentru copil, ca răspuns la comportamentul sfidător al acestora (Dumas și Wahler, 1985; Patterson, 1982). Relațiile slabe de atașament, consecințele comportamentale imprevizibile, întăririle necorespunzătoare ale comportamentului copilului dificil, pot duce la menținerea comportamentelor deviate sau la creșterea frecvenței acestora în viitor. Atunci când copiii se dau în spectacol, au accese de furie sau se opun direct solicitărilor, este greu să ne abținem și să nu fim atenți la astfel de comportamente. Deși părinții consideră acest tip de atenție ca fiind una negativă, ea poate duce la creșterea frecvenței comportamentului opoziționist (Dumas și Wahler, 1985; Snyder și Brown, 1983). Cu alte ocazii, părinții le pot oferi copiilor atenție pozitivă sau recompense, în încercarea lor de a pune capăt „scenei” pe care aceștia o pot face într-un magazin, restaurant sau în alte locuri publice. Faptul că i se cumpără unui copil o bomboană după ce a avut un acces de furie poate deveni calea cea mai sigură prin care părinții pot să contribuie la accelerarea achiziției sau a menținerii comportamentului sfidător al copilului.

Pe de altă parte, părinții pot acorda mai puțină atenție sau mai puține întăriri comportamentelor prosociale sau adecvate ale copilului. Experiența clinică sugerează că părinții copilului cu probleme de comportament monitorizează sau observă comportamentele copilului mult mai rar, față de părinții cu copii normali, în consecință unele comportamente adecvate ale copilului pot trece neobservate (Loeber, 1990; Patterson, 1982). Chiar și atunci când sunt conștienți că de fapt comportamentul copilului este unul adecvat, ei aleg să nu îi răspundă acestuia sau să nu îl laude, din mai multe motive. Unul dintre motivele pe care le invocă părinții este că, atunci când încearcă să îl laude pe copil sau să fie atenți la comportamentul adecvat al acestuia, provoacă pur și simplu o explozie de comportamente negative din partea copilului. Acest lucru îl determină pe părinte să adopte o atitudine de „nu deștepta cânele care doarme”, atunci când copilul se comportă adecvat. Cercetările nu au reușit să răspundă încă la întrebarea dacă această reacție apare în cazurile în care părinții încearcă să laude comportamentul

copilului sau, în cazul în care se întâmplă acest lucru, care este procesul de învățare care a dus la stabilirea acestui pattern comportamental. Este posibil ca lauda părinților pentru un comportament potrivit să îl determine pe copil să răspundă printr-un comportament nepotrivit, doar pentru a menține atenția părinților la ceea ce face. În cazul în care copilul continuă să se comporte bine, părintele poate întrerupe interacțiunea, începând să se ocupe de altceva. Un alt motiv pentru care părinții nu reușesc să reacționeze pozitiv la comportamentele adecvate ale copilului dificil este că părinților nu le place să interacționeze cu copilul problematic și vor prefera, pe cât posibil, să evite interacțiunea cu copilul. Părinții copiilor cu astfel de probleme dezvoltă animozități sau îi poartă pică copilului, așa că ei vor prefera să nu îl laude pe acesta, chiar dacă se comportă bine. Acest lucru poate duce la reducerea timpului liber pe care îl petrece părintele cu copilul deviant, pur și simplu fiindcă nu îi place să stea cu el.

În plus, este posibil ca părinții copiilor care manifestă comportamente opoziționiste, mai ales în cazul acelor copii care pot ulterior deveni delincvenți, să monitorizeze mai rar activitățile acestor copii (Haapasalo și Tremblay, 1994; Patterson, 1982; Patterson și colab., 1992) și să fie mai puțin receptivi la comportamente inacceptabile, doar pentru a evita confruntarea ulterioară cu copilul. Ca și în zicala „*Ochii care nu se văd se uită*”, părinții pot reduce cantitatea efortului investit pentru monitorizarea comportamentului copilului acasă, doar pentru a nu trebui să se confrunte cu posibile comportamente inacceptabile. Prin faptul că trec cu vederea comportamentele problematice, părinții evită să se confrunte cu o altă interacțiune negativă, coercitivă în legătură cu problema în cauză. Acest lucru poate explica frecvențele observației clinice, și anume că unii părinți par să uite de comportamentele negative ale copilului care apar chiar în prezența lor – comportamente la care alți părinți ar reacționa în mod normal încercând să le corecteze. Oricare ar fi motivul, unii dintre părinții copiilor cu comportament opoziționist nu au abilitățile necesare pentru a-și îndeplini rolul de părinți. Unul dintre aceste motive ar putea fi faptul că au devenit părinți prea devreme, alte motive putând fi imaturitatea socială sau inteligența limitată sau chiar tulburări de ordin psihologic sau psihiatric. Indiferent care ar fi cauza, un astfel de declin în monitorizarea și managementul comportamental al copilului din partea părinților este asociat cu dezvoltarea unor probleme ulterioare mult mai serioase de TC, care implică atât comportamente anti-sociale interiorizate, cum ar fi minșitul, furtul, distrugerea proprietății comune și altele, precum și comportamente anti-sociale manifeste, de exemplu agresivitatea fizică față de alții (Hinshaw și Anderson, 1996; Frick și colab., 1993; Loeber, 1990; Loeber și colab., 1993; Patterson, 1992, 1993).

De fapt, se pot observa și părinți care, din când în când, pedepsesc comportamentul pro-social sau potrivit, probabil tot din cauza unor resentimente pe care le-au dezvoltat de-a lungul anilor în urma interacțiunilor negative cu copilul. Adesea, când copiii reușesc în sfârșit să termine cu bine sarcina, părinții apelează la remarci sarcastice, cum ar fi „Era și timpul să faci ordine în camera ta; dar nu înțeleg de ce nu ai reușit să faci treaba asta încă de ieri”. Din cauza acestor motive, părinții pur și simplu nu oferă recompense potrivite pentru comportamentul copilului, necesare unui control și unui management eficient al comportamentelor.

Acest pattern inconsecvent și impredictibil de pedepse atât pentru comportamentele prosociale, cât și pentru cele antisociale ale copilului, precum și recompensarea intermitentă și impredictibilă a celor două tipuri de comportamente, apare în literatură sub termenul de stil parental „nediscriminant”, prin care copilul este criticat indiferent dacă se conformează sau nu la ceea ce i se cere (Dumas & Wahler, 1985). Conform ipotezei lui Dumas și Wahler (1985), utilizarea nediscriminatorie a pattern-ului de recompense/pedepse de către părinți creează un nivel ridicat de impredictibilitate socială în cadrul familiei și mai ales în relația părinte-copil. Asemenea medii sunt percepute atât de oameni, cât și de animale ca fiind aversive. Orice răspuns din partea copilului în astfel de

situații, care poate fi folosit pentru a da un plus de predictibilitate, va fi întărit negativ, determinându-i astfel creșterea frecvenței. Astfel, copiii pot manifesta diferite forme de comportament agresiv sau sfidător în interacțiunea cu părintele, forme în funcție de care va crește predictibilitatea în cursul interacțiunii părinte-copil.

În cadrul unei teorii relaționate cu cea de dinainte, cu referire la întărirea negativă, Patterson (1976, 1982) susținea că atât părinții, cât și copiii din familiile cu copii cu tulburări comportamentale sunt întăriți negativ pentru comportamentul lor agresiv și coercitiv unii față de ceilalți. Acest argument este susținut de un număr considerabil de cercetări (Patterson, 1982; Patterson și colab., 1992, 1993; Snyder și Patterson, 1995). În cadrul acestei teorii, comportamentul negativ al unuia dintre membrii diadei părinte-copil servește la stoparea comportamentului negativ al celuilalt, întărind astfel negativ comportamentul „coercitiv” al primului. Ipoteza autorului este că acest lucru ar putea explica de ce, odată ce a început o interacțiune negativă între părinți și copii, comportamentele negative dintre aceștia se vor extinde, atingând nivele foarte ridicate de agresivitate sau coercivitate. Mai mult, ca rezultat al acestora, crește și probabilitatea ca aceste forme de interacțiune să reapară (Snyder & Patterson, 1995).

Pentru a putea evalua implicațiile clinice ale acestei teorii, în primul rând este necesar să ne reamintim că întărirea negativă și pedeapsa nu sunt identice, aceasta fiind o greșeală pe care o fac cei ce nu sunt destul de familiarizați cu terminologia comportamentală. Întărirea negativă apare în situații în care copilul se confruntă cu stimuli aversivi, neplăcuți sau negativi dintr-un anumit punct de vedere; ca răspuns, copilul utilizează un comportament prin care îi pune capăt situației aversive sau care îi permite să evite, pe viitor, confruntarea cu astfel de situații. De exemplu, când părintele încearcă să impună comanda de a se pregăti de culcare, în timp ce copilul urmărește emisiunea sa favorită la televizor, copilul adesea percepe această cerință ca fiind negativă. Ca răspuns, copilul poate opune rezistență sau va încerca să scape de solicitarea părintelui, apelând la un comportament agresiv sau coercitiv prin care amână de fapt să facă ceea ce îi spune părintele. Succesul copilului de a scăpa de solicitare, chiar dacă este doar temporar, întărește negativ comportamentul opoziționist. Data viitoare, când părintele îl va ruga pe copil să se pregătească de culcare, probabilitatea ca acesta să opună rezistență va fi mai mare. Cu cât va insista părintele mai mult repetând solicitarea, cu atât opoziția copilului va fi mai intensă, date fiind succesele anterioare în evitarea activității sau evadarea din activitatea specificată în comandă. După cum s-a mai spus, mulți părinți pot să accepte până la urmă asemenea tipuri de comportament coercitiv. Nu este nevoie de foarte multe situații în care părinții acceptă nesupunerea copilului, pentru ca acesta să dobândească un comportament de opoziție și rezistență.

De asemenea, și părinții pot dobândi comportamente agresive și coercitive față de copilul dificil prin aproximativ același proces. În acest caz, părintele poate că a avut succes în încercarea sa de a-l calma pe copil, de a-l face să nu mai refuze sau să accepte sarcina, prin faptul că a strigat la el sau chiar l-a agresat fizic pe copil. Părintele poate că a descoperit și el, la rândul lui, faptul că, pe măsură ce crește în intensitate comportamentul său negativ față de copil, el reușește tot mai ușor să îl facă pe acesta să capituleze și să se conformeze, mai ales dacă la început copilul opune rezistență. Din acest motiv, în situații viitoare, comportamentul negativ al părintelui față de copil poate escalada rapid datorită cazurilor anterioare în care a reușit să pună capăt cu succes comportamentului opoziționist al copilului prin astfel de mijloace. Nu este nevoie ca părintele să fi avut succes cu această strategie de fiecare dată sau în majoritatea situațiilor în care apare comportamentul opoziționist, pentru ca acest stil parental să se mențină în disputele comandă-complianță dintre părinte și copilul sfidător. Câteva succese ocazionale sunt suficiente pentru a asigura menținerea acestui stil parental.

Privind din această perspectivă, atât părinții, cât și copiii au o cazuistică periodică, dar cu succese parțiale de evadare din comportamentul agresiv sau coercitiv din ce în ce mai accentuat al celuilalt sau de evitare a acestui comportament. De-a lungul timpului, fiecare dintre ei învață că, atunci când apare o situație comandă-complianță, cu cât crește mai repede intensitatea emoțiilor proprii negative și coercitivitatea, cu atât crește probabilitatea ca celălalt să devină submisiv la comenzi și să se supună solicitărilor. Astfel, interacțiunile de confruntare dintre părinte și copil pot escalada rapid în emoții intense, confruntări agresive, care, în unele cazuri, pot sfârși în abuzul fizic al copilului de către părinte, distrugerea proprietății de către copil, atacul părintelui de către copil sau chiar vătămarea proprie în cazul unor copii.

Această abordare implică și faptul că majoritatea comportamentelor sfidătoare ale copilului sunt menținute de întăririle negative și nu de atenția pozitivă sau întăririle părinților (Patterson, 1982; Snyder și Brown, 1983). În consecință, atunci când un clinician îi indică părintelui să ignore comportamentul sfidător al copilului, poate de fapt înrăutăți situația, de vreme ce acest lucru poate fi perceput de copil ca fiind o aprobare din partea părintelui. În multe cazuri, părinții nu pot ignora copilul, deoarece astfel acesta va evita realizarea sarcinii date de părinte. În asemenea situații, părinții vor fi nevoiți să continue interacțiunea cu copilul, pentru ca sarcina să fie finalizată. Mulți clinicieni cu experiență au observat această problemă în cursul training-ului părinților cu copii problemă – ignorarea comportamentului sfidător nu duce mereu la succes și, în multe cazuri, nici măcar nu este posibilă. O mare parte a comportamentelor negative ale copilului se dezvoltă prin procese de învățare prin evitare sau evadare (întăriri negative) și sunt menținute de succesul evitării activităților „neplăcute” solicitate deseori de părinți. Conform lui Patterson și acestui program, programul de training al părinților trebuie să încorporeze pedepse blânde dar *consecvente* (de obicei lipsa întăririlor), precum și prevenirea evitării de a îndeplini sarcinile date de părinți (în cazul în care programul este eficient în reducerea nivelului de noncompliance a copilului prin întăriri negative).

Patterson (1976, 1982) a observat că, odată ce-au învățat în programul de training, părinții sunt predispuși să utilizeze predominant metoda pedepsei și să utilizeze din ce în ce mai rar metoda întăririlor pozitive. Terapeuții trebuie să anticipe tendința inițială a părinților de a se îndepărta și de a regresa, aspecte ce vor fi discutate ulterior, în ultimele ședințe ale training-ului precum și în ședințele de follow-up. Părinții trebuie informați despre faptul că utilizarea pedepsei își pierde eficiența, în cazul în care este folosită ca metodă primară de management al copiilor. În cazul în care nu sunt oferite suficiente întăriri pozitive, cel mai probabil comportamentele dorite nu vor persista (vezi Shriver și Allen, 1996, pentru discuții pe teme similare în managementul clasei).

Această trecere în revistă ale celor mai importante aspecte ale interacțiunii părinte-copil dificil are multiple implicații pentru training-ul părinților în proceduri eficiente de management al copilului. Cele mai importante aspecte pe care părintele trebuie să le învețe sunt: (1) să sporească progresiv valoarea atenției în general, precum și valoarea sa specifică în motivarea și întărirea comportamentului pozitiv al copilului; (2) să sporească atenția pozitivă și încurajările pe care le oferă pentru obținerea complianței și să reducă pedepsele necorespunzătoare pe care le folosește în cazuri de complianță ocazională; (3) să reducă cantitatea de atenție pozitivă accidentală pe care le-o acordă comportamentelor negative ale copilului; (4) să folosească mai des pedepse imediate, consecvente și moderate în cazurile în care copilul se comportă noncompliant; (5) să se asigure că nu apar evadări din activitatea care i-a fost impusă copilului (adică, în cele din urmă, copilul se conformează solicitărilor); (6) să reducă frecvența cu care repetă comanda, în așa fel încât să evite amânarea consecințelor (mișcă și nu te mai văicări); (7) să recunoască și să pună capăt rapid confruntărilor negative și intense cu copilul; (8) să se asigure că părinții nu revin la strategii care presupun utilizarea predominantă a

pedepselor în managementul copilului, odată ce training-ul a luat sfârșit. Toate acestea ar trebui să reducă imprevizibilul întâlnit în stilul parental non-discriminativ și să ofere asigurări despre faptul că, în privința comportamentelor coercitive ale copilului, acestea nu mai au aceeași funcție de a evita cerințele, sarcinile, comenzile impuse de părinți.

Cauzele noncompliancei la copii

Relația părinte-copil

Așa cum s-a menționat anterior, una dintre principalele cauze ale noncompliancei, ale sfidării sau ale agresivității sociale la copii, identificată în mod repetat în studii și cercetări, se referă la metodele slabe, ineficiente, inconsecvente și nondiscriminative de management al copilului, la care recurg părinții, deseori combinate cu metode de disciplinare deosebit de dure, dar inconsecvente, precum și cu o monitorizare slabă a activității copilului (Farrington, 1995; Loeber, 1990; Olweus, 1980; Patterson, 1982; Patterson și colab., 1992). Ca rezultat, noncompliancea și sfidarea la copii devin metode foarte eficiente de evadare din sarcinile neplăcute, plictisitoare ori dificile, sau de evitare a acestora, ele pot chiar spori predictibilitatea unor consecințe în interacțiunile părinte-copil (indiferent cât de negative ar fi acestea), pentru ca, în unele situații, copilul chiar să primească recompense pentru comportamentul noncompliant sau de sfidare (de exemplu, o bomboană, dacă are un acces de furie la magazin). Însă ar fi greșit să concluzionăm că toate comportamentele de noncompliance ale copiilor se învață numai în interacțiunile părinte-copil. În timp ce forma, natura și topografia exactă a răspunsurilor comportamentale noncompliance, precum și severitatea lor sunt asociate cu stilul de învățare pe care l-a dobândit copilul în familie, probabilitatea de achiziție sau producere a comportamentelor opoziționiste sau noncompliance este afectată de cel puțin alte trei domenii de influență (Loeber, 1990; Patterson, 1982). Combinate cu practici inadecvate de management al copilului și al familiei (un prim factor), aceste trei influențe cauzale formează modelul celor patru factori al comportamentului opoziționist la copii.

Caracteristicile copilului

Al doilea factor se referă la faptul că există copii cu anumite tipuri de temperament și caracteristici cognitive care sunt mai predispuși decât alți copii să manifeste comportamente coercitiv-agresive și să dezvolte noncompliance. În special, copiii care sunt mai predispuși să reacționeze în primul rând emoțional (au un prag mai scăzut pentru reacțiile emoționale), care sunt adesea iritați, care au un nivel scăzut de autoreglare, care sunt foarte activi și/sau care sunt mai neatenți sau impulsivi, aceștia sunt cei mai predispuși la dezvoltarea unor tulburări de comportament disruptiv și, din acest motiv, manifestă mai multe comportamente coercitive în comparație cu copiii care nu au asemenea caracteristici negative de temperament (Loeber, 1988, 1990; Olweus, 1980; Patterson, 1982; Prior, 1992; Tschann, Kaiser, Chesney, Alkon și Boyce, 1996). Deși psihopatologia și funcționarea deficitară a părinților sau a familiei poate exacerba riscul la acești copii de a dezvolta comportamente sfidătoare și agresivitate, trăsăturile negative de temperament ale copilului sunt cei mai puternici factori care influențează procesul (Olweus, 1980) și sunt suficiente pentru a dezvolta aceste riscuri (Tschann și colab., 1996). Efectele temperamentale din copilărie pot să fie diferite în funcție de gen: un temperament mai negativ la sugari și copii până la 3 ani de gen masculin poate fi

predictiv pentru riscul apariției ulterioare a comportamentului opoziționist; în schimb, în cazul sugarilor și al copiilor până la trei ani de gen feminin, temperamentul negativ prezice o *scădere* a riscului pentru dezvoltarea ulterioară a comportamentului agresiv, însă poate fi un predictor pentru dezvoltarea ulterioară a unor probleme de internalizare (Keenan și Shaw, 1994; Shaw și Vondra, 1995).

Simptomele de ADHD cum ar fi: hiperactivitatea, neatenția și impulsivitatea sunt considerate caracteristici temperamentale atunci când sunt studiate la sugari și copii până la 3 ani. În cazul în care simptomele persistă și în perioada preșcolară și școlară, cel mai probabil acestea vor favoriza interacțiunile conflictuale între părinți și copii (Barkley, 1985; Barkley, Fischer, Edelbrock și Smallish, 1991; Danforth, Barkley și Stokes, 1991; Fletcher, Fischer, Barkley și Smallish, 1996). Simptomele de ADHD îl pot împiedica pe copil să finalizeze activitățile primite, în consecință, copilul va avea nevoie de un număr mai mare de comenzi, o supervizare mai atentă și mai multe reacții pozitive din partea părinților. Copiii cu simptome mai intense de ADHD sunt, de asemenea, mai predispuși să răspundă la aceste atenționări și confruntări cu părinții, prin reacții emoționale negative. Dacă asemenea reacții emoționale negative favorizează evitarea unor sarcini nedorite, pe baza teoriei devianței prezentate anterior, copilul va apela cu siguranță din nou la ele în situații similare, în care părinții îi vor cere să facă ceva. Co-ocurența simptomelor de ADHD, în special a celor din sfera impulsivității, și a comportamentelor opoziționiste este periculoasă, fiind un predictor puternic pentru conflictele familiale (Barkley, Anastopoulos, Guevremont și Fletcher, 1992; Fletcher și colab., 1996; Johnston, 1996), pentru o dezvoltare mai precară, mai ales în domeniul activităților anti-sociale de mai târziu, în comparație cu orice altă dimensiune comportamentală (Hinshaw, 1987; Loeber, 1990; Moffitt, 1990; Tremblay și colab., 1994).

Caracteristicile părinților

Caracteristicile temperamentale și cognitive ale părinților sunt un al treilea factor care poate accentua noncomplanța sau comportamentul dificil al copilului (Frick și colab., 1992; Patterson, 1982). În cazul părinților imaturi, care nu au experiență, care sunt impulsivi, neatenți, deprimați, ostili, care își resping copilul sau care au un temperament negativ, probabilitatea de a avea copii cu un nivel mai ridicat de agresivitate sau care manifestă comportamente de sfidare este mai mare (Olweus, 1980; Patterson, 1982). Acest lucru se întâmplă, deoarece acești părinți acordă puțină atenție copiilor sau dețin abilități inadecvate de monitorizare a comportamentului, strategii inconsecvente de management, sunt mai irascibili și mai ostili față de copil și oferă mai puține întăriri pentru comportamente pro-sociale (Barkley, Anastopoulos și colab., 1992; Dumas, Gibson și Albin, 1989; Hops și colab., 1987; Mann și Mackenzie, 1996). Un stil parental inconsecvent și non-discriminant, favorizează apariția unor succese sporadice ale copiilor în evitarea solicitărilor formulate de părinți, astfel fiind întărit comportamentul opoziționist și coercitiv al copilului. Creșterea în intensitate și frecvență a comportamentului coercitiv al copilului este un feedback ce influențează negativ dispoziția părinților, sentimentul de competență, stima de sine sau funcționarea conjugală, intrându-se astfel într-un cerc vicios, cu efecte bidirecționale, comportamentele copilului și reacțiile părinților influențându-se reciproc. De asemenea, părinții pot ei înșiși manifesta comportamente coercitive și față de alți membri ai familiei, oferind astfel un model de comportament pe care copilul îl poate imita (Patterson, 1982). Nivelul depresiei materne, precum și psihopatologia mamei sau a tatălui, mai ales tulburarea de personalitate anti-socială și criminalitatea sunt semnificativ asociate cu un risc crescut pentru dezvoltarea comportamentelor opoziționiste și agresive din copilărie și, ulterior, pentru delincvență (Farrington, 1995; Frick și colab., 1992; Keenan și Shaw, 1994; Olweus, 1980; Schachar și

Washmuth, 1990). Din aceste motive, ca și din cele ce vor fi menționate mai jos, în cadrul evenimentelor stresante, starea psihologică a părinților trebuie să fie o țintă formală în evaluarea copiilor cu probleme de comportament (vezi *Capitolul 2*).

Factori contextuali

Al patrulea factor se referă la evenimentele din cadrul familiei, atât cele interne, cât și cele externe ei și care pot crea sau contribui la creșterea riscurilor pentru apariția comportamentelor sfidătoare și agresive ale copilului, precum și pentru apariția ulterioară a delincvenței (Mann și MacKenzie, 1996; Patterson, 1982; Tschann și colab., 1996; Wahler și Graves, 1983). Așa cum s-a menționat anterior, izolarea socială a mamei (Wahler, 1980) și statutul ei marital reprezintă astfel de factori contextuali. Probabilitatea de a avea copii cu un nivel crescut de agresivitate este mai mare în cazul mamelor singure, fiind imediat urmat de cazul mamelor care trăiesc în concubinaj. Mamele căsătorite prezintă cel mai mic risc de a avea copii agresivi, aceste asocieri fiind influențate, într-o oarecare măsură, de un statut social mai ridicat (Pearson, Ialongo, Hunter și Kellam, 1993; Vaden-Kiernan, Ialongo, Pearson și Kellam, 1995). Conflictul marital s-a dovedit adesea a fi asociat cu comportamentul disruptiv și sfidător al copilului (Patterson, 1982; Schachar și Washmuth, 1990), deși dezbatările privind mecanismele implicate în această relație nu sunt încă clarificate în totalitate. De asemenea, după cum s-a menționat și anterior, dezavantajele sociale ale familiei sau aversiunea socială reprezintă un alt factor asociat riscului de dezvoltare a comportamentelor sfidătoare și agresive din copilărie (Farrington, 1995; Haapsalo și Tremblay, 1994; Patterson, 1982; Patterson și colab., 1992). Prin inconsecvență, actele non-discriminative, neatenția sau hiperactivitatea pe care le creează în metodele utilizate de către părinți pentru managementul copilului, aceste evenimente și situații stresante au un impact puternic asupra comportamentului inadecvat al copilului. Astfel de comportamente parentale îl predispun în continuare pe copil la dezvoltarea sau menținerea noncompliancei în cadrul interacțiunilor din familie.

Legătura dintre al treilea și al patrulea factor, prezentați mai sus, și comportamentul dificil al copilului este ilustrată în Figura 1.4. Așa cum s-a menționat anterior, circumstanțele interne și externe familiei pot contribui direct la dezvoltarea comportamentului antisocial al copilului; acestea pot contribui și indirect, prin impactul pe care îl au asupra practicilor de management al copilului sau în familie, la care apelează părinții. Între circumstanțele familiale și comportamentul anti-social al copiilor există relații de reciprocitate, în sensul că circumstanțele familiale contribuie la manifestarea comportamentului anti-social, însă acest comportament, odată apărut, va influența la rândul lui circumstanțele familiale, finalizându-se cu conflict marital, divorț sau tulburări psihice ale părinților. Deși nu sunt prezentate în această diagramă, cercetări mai recente făcute pe copii cu ADHD sugerează că aceste comportamente disruptive și opoziționiste ale copiilor pot intensifica, de asemenea, consumul de alcool la părinți (Pelham și Lang, 1993).

Deseori, clinicienii observă că multe dintre familiile care sunt îndrumate spre intervenție pentru comportamentul sfidător al copiilor lor, prezintă multe (sau toate) dintre aceste caracteristici predispozante: copii temperamentali, impulsivi, activi și neatenți, care sunt crescuți de părinți imaturi, temperamentali și impulsivi, în familii în care membrii familiei experiențiază un nivel mai ridicat de stres conjugal, financiar, provocat și de o sănătate precară, stres personal și în care managementul copilului este caracterizat de inconsecvență, de comportament parental dur, non-discriminativ și coercitiv, deseori asociat cu o slabă monitorizare a activităților copilului.

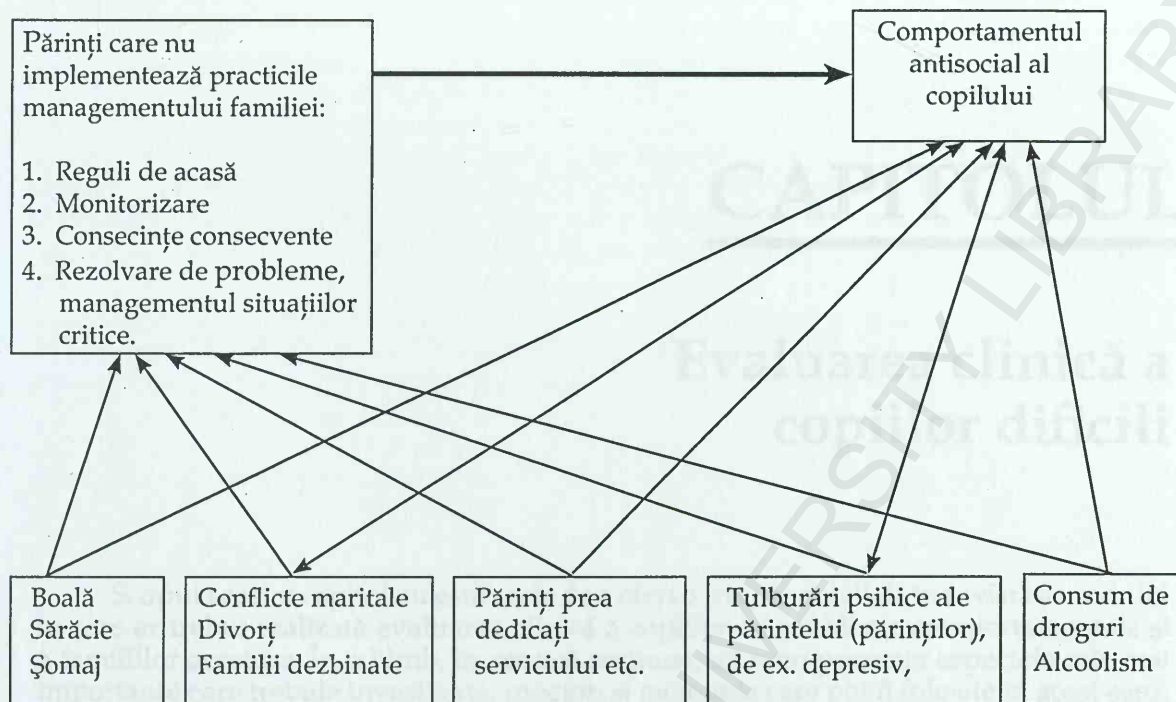


Figura 1.4. Relația dintre practicile de management al familiei, al situațiilor critice, și al comportamentului antisocial al copilului. Din Patterson (1982, p. 217). Copyright 1982 Castalia Publishing Co. Reproducerea este permisă cu acordul autorului.

Sumar

Acest capitol a descris importanța focalizării atenției asupra noncompliancei și asupra comportamentului dificil și sfidător al copilului ca țintă majoră a programului de training al părinților, așa cum va fi prezentat mai departe. Procesul prin care copiii pot dezvolta, menține sau spori rata comportamentului opoziționist, dificil sau noncompliant a fost discutat destul de detaliat și se pare că acest tip de comportament este menținut de succesul pe care îl are în stoparea comenzilor parentale sau de faptul că îi oferă copilului posibilitatea să evite sau să evadeze din sarcinile neplăcute, care necesită efort sau din cele plictisitoare, impuse de părinți, lucru care le permite copiilor să își continue activitatea plăcută, începută anterior. De asemenea, s-a evidențiat faptul că, și în cazul părinților, comportamentele negative față de copil pot escalada în intensitate, ținând cont de faptul că asemenea comportamente pot pune capăt comportamentelor deviante ale copilului, cum ar fi accesele de furie sau sfidarea, fiind astfel obținută eventual compliancea copilului. Atât părinții, cât și copiii pot fi mai predispuși la asemenea tipuri de comportamente coercitive, în virtutea profilului lor tipic de pattern-uri temperamentale și tulburări psihice. Alte evenimente contextuale, cum ar fi stresul, conflictul conjugal, izolarea socială a părinților, sau evenimente care influențează familia din exterior, pot spori probabilitatea comportamentelor dificile ale copilului, deoarece ele afectează consecvența managementului parental, întăririle pozitive pentru comportamentul compliant al copilului și, în general, monitorizarea activităților copilului de către părinți.

CAPITOLUL 2

Evaluarea clinică a copiilor dificili

Scopul acestui capitol nu este acela de a oferi o trecere detaliată în revistă a modului în care ar trebui realizată evaluarea clinică a copiilor cu probleme comportamentale și a familiilor acestora. În schimb, în această secțiune, vă vom prezenta aspectele cele mai importante care trebuie investigate, precum și metodele care pot fi folosite în acest sens. Deși în literatura de specialitate există mai multe metode utilizate în acest scop, în cele de mai jos, ne vom axa doar asupra acelor recomandate de autor. Pentru a vă familiariza și cu alte metode, vă recomandăm să citiți, de exemplu, textele lui Mash și Terdal (1997), Barkley (1990); Forehand și McMahon (1981) etc.

Aspecte importante legate de evaluarea copiilor dificili

Evaluarea copiilor *dificili* încorporează o mulțime de metode care se bazează pe informații oferite de persoane relevante pentru copil, legate de natura (și intensitatea!) dificultăților cu care se confruntă copilul în mai multe situații. În acest sens, se realizează interviuri cu părinții, copiii și educatorii, se aplică chestionare prin care se evaluează comportamentul copilului sau scale prin care se evaluează nivelul funcționării adaptative a copilului, precum și instrumente de auto-evaluare a stării psihice a părinților și a funcționării părinților, și a familiei. Unii clinicieni s-ar putea să dorească să obțină informații de laborator legate de simptomele de ADHD, în cazul în care tulburarea este prezentă, precum și observații directe ale interacțiunii dintre părinte și copil. De asemenea, în cazul în care copilul este suspect de retard intelectual sau de dezvoltare, ori de probleme de învățare, se realizează și evaluarea psihologică a acestor domenii de funcționare, dacă nu a fost deja efectuată.

În evaluarea copiilor cu tulburări de comportament, trebuie avute în vedere câteva scopuri și aspecte importante. Scopul major al unei asemenea evaluări nu este doar determinarea prezenței sau a absenței tulburării psihice cum ar fi TOP, TC și/ sau ADHD, ci și diagnosticul diferențial al TOP cu alte tulburări psihice din copilărie. Deoarece asemenea evaluări necesită cunoștințe vaste despre aceste tulburări psihice, cititorului i se recomandă parcurgerea textului scris de Mash și Barkley (1996) despre psihopatologia copilului, text care face o trecere în revistă a tulburărilor majore din copilărie. În evaluarea copiilor dificili, uneori este necesar să recurgem la metode care

au fost etalonate pe populația etnică specifică (în cazul în care acestea există), evitând astfel supra-diagnosticarea copiilor aparținând minorităților, atunci când criteriile de diagnostic ale majorității sunt extrapolate pe minorități.

Al doilea scop al evaluării constă în schițarea tipurilor de intervenție necesare abordării tulburărilor psihice, academice și a disfuncțiilor sociale identificate pe parcursul evaluării. Așa cum se vor discuta mai pe larg, aceste intervenții pot include consilierea individuală, training-ul părinților în vederea managementului comportamental, terapia de familie, modificarea comportamentului în clasă, medicația psihotropă, precum și servicii de educație specială formală etc. Pentru o abordare mai complexă a intervenției tulburărilor din copilărie, vezi Mash și Barkley (2006).

Un alt scop important în procesul evaluării este determinarea tulburărilor comorbide și dacă acestea afectează sau nu prognosticul sau decizia asupra tipului de intervenție. De exemplu, un nivel ridicat de agresivitate fizică al copilului poate sugera faptul că un program de training pentru părinți este contraindicat, cel puțin în momentul evaluării. În asemenea situații poate crește temporar nivelul violenței copilului față de părinți, mai ales când se stabilesc limitele pentru noncompliance la comenzile părinților. Putem, de asemenea, să ne gândim la nivelele ridicate de anxietate specifică și de simptome de internalizare, mai ales la copiii cu *TOP* care pot avea și *ADHD* în comorbiditate. Cercetările în domeniu arată că asemenea simptome pot fi predictorii ai reactivității slabe la o medicație stimulantă (DuPaul, Barkley și McMurray, 1994). În mod similar, prezența unui nivel ridicat de dispoziție iritată, de comportament ostil și deviant sever, de episoade periodice de agresivitate fizică severă și comportament distructiv, poate indica dezvoltarea timpurie a *Tulburării bipolare* (depresie maniacală) la copii. Comportamentul opoziționist apare aproape întotdeauna la instalarea timpurie a *Tulburării bipolare* (Wozniak și Biederman, 1995). Aceste tulburări pot necesita, pe lângă programul de training al părinților, și folosirea medicației psihotrope.

Un alt obiectiv al evaluării constă în identificarea pattern-urilor de comportament, a punctelor forte și a celor slabe ale copilului, precum și în evidențierea modului în care acestea pot influența planificarea intervenției. Acest aspect poate contribui la formarea unei impresii referitoare la abilitățile părinților de a duce la bun sfârșit programul de training, la condițiile sociale și economice ale familiei, precum și la disponibilitatea, în cadrul comunității sau al grupului cultural din care fac parte, a resurselor necesare tratamentului. De asemenea, trebuie determinată și eligibilitatea copilului pentru servicii educaționale speciale, în cazul în care retardul mental, tulburările de învățare sau *ADHD*-ul sunt prezente.

După cum arată și discuțiile de mai sus, evaluarea copilului pentru depistarea tulburării de comportament este doar unul dintre scopurile evaluării clinice a *TOP*. În cele ce urmează, vă vom prezenta o scurtă descriere a diferitelor metode de evaluare care pot fi utilizate în cazul evaluării copiilor dificili.

Metode de evaluare

Înainte de evaluare

Atunci când părinții apelează pentru evaluare la un clinician, ei sunt rugați să completeze un formular prin care se adună date demografice importante despre copil și părinți, motivarea evaluării. În funcție de domeniul de specializare al clinicianului, unele cazuri pot fi necorespunzătoare expertizei sale și pot fi trimise altor specialiști în domeniu.

Practica standard a unei evaluări eficiente se realizează prin trimiterea pachetului de chestionare părinților și educatorilor, după ce părinții au avut un prim contact cu un specialist, dar înainte de evaluarea programată. Completarea acestor pachete de chestionare este necesară pentru ca informația să fie disponibilă clinicianului pentru trecerea acestora în revistă înainte ca el să se întâlnească cu familia. Astfel, prin colectarea informațiilor importante, procesul evaluării devine mai eficient. În această perioadă în care există o preocupare majoră față de costurile implicate în evaluarea sănătății mentale atât eficiența evaluării, cât și timpul petrecut cu familia sunt foarte importante. Pachetul de informații pentru părinți ar trebui să includă o scrisoare explicativă din partea clinicianului evaluator, prin care părinții sunt rugați să completeze pachetul de informații, informându-i în același timp și despre faptul că programarea propriu-zisă se va face după ce pachetul va fi trimis înapoi la evaluatori. Acest pachet mai conține un *Formular de instrucțiuni generale*, un *Formular de informații despre copil și părinți*, un *Formular medical* și o *Fișă medicală și de dezvoltare*, toate acestea fiindu-vă oferite în Partea a III-a a acestui manual. În plus, acest pachet mai include și câteva scale de evaluare a comportamentelor copiilor, care acoperă dimensiunile majore ale psihopatologiei copilului, cum ar fi *Scala de evaluare a tulburărilor de comportament disruptiv (DBDRS)*, pe care o puteți regăsi în Partea a III-a a acestui manual. Prin această scală, clinicianul obține înainte de întâlnirea informații despre prezența simptomelor de *TOP*, *TC* și *ADHD* și despre severitatea lor, aceste tulburări fiind destul de frecvente la copiii trimiși spre evaluare pentru comportament dificil. Clinicienii care doresc să evalueze comportamentele adaptative utilizând chestionare pot include în acest pachet *Scala de comportament adaptativ normativ (NABC; Adams, 1984)*, mai degrabă decât să administreze, în cadrul întâlnirii cu familia, interviul cu *Scala de comportament adaptativ Vineland (Sparrow, Baila și Cicchetti, 1984)* care este consumatoare de timp. În sfârșit, părinții sunt evaluați prin *Chestionarul de evaluare a situațiilor de acasă* (de asemenea inclus în Partea a III-a), prin care clinicianul își poate da seama de magnitudinea severității comportamentelor disruptive ale copilului în mai multe situații de acasă și din locuri publice. Aceste informații sunt de mare interes pentru clinicieni, nu doar ca indicatori ai magnitudinii și ai severității problemelor comportamentale, ci și pentru direcționarea discuțiilor în jurul acestor situații atât în cadrul evaluării propriu-zise, cât și în programul de training al părinților. Aceste scale sunt discutate în detaliu, în cele ce urmează.

Un pachet similar de informații va fi trimis și educatorilor copilului, desigur cu permisiunea prealabilă a părinților. Acest pachet nu conține *Formularul medical*, *Fișă medicală și de dezvoltare* sau orice altă scală de evaluare a comportamentului adaptativ care a fost inclus în pachetul părinților. Acest pachet va conține varianta pentru educatori a *Chestionarului de evaluare a situațiilor de la școală (Barkley, 1987, 1990, vezi Partea a III-a)* și *DBDRS. Scala de evaluare a abilităților sociale (Gresham și Elliott, 1990)* poate fi, de asemenea, inclusă în acest pachet. Acest test oferă informații despre problemele sociale ale copilului în cadrul școlii, precum și despre competențele sale școlare. Datorită formei sale scurte și fiindcă este ușor de aplicat, prin această scală informațiile se pot obține

relativ ușor. Dacă este posibil, luarea legăturii telefonice cu educatorii copilului, pentru un interviu scurt înaintea întâlnirii cu familia, poate fi foarte utilă. În caz contrar, acest lucru poate fi făcut și după întâlnirea cu familia.

După ce au fost primite pachetele de la părinți și educatori, se va stabili o dată pentru evaluarea propriu-zisă. De asemenea, se pot oferi părinților și instrucțiunile detaliate *Cum să ne pregătim pentru evaluarea copilului nostru*, oferite în Partea a III a acestui manual (formularul 8). Aceste instrucțiuni îi oferă familiei informații despre modul în care va decurge evaluarea și îi poate liniști în cazul în care evaluarea îi indispușe sau le provoacă anxietate.

Prin aceste pregătiri prealabile, pentru ziua întâlnirii propriu-zise mai rămân de făcut: (1) interviul cu părinții și cu copilul, (2) completarea scalelor de auto-evaluare a părinților și (3) testarea psihologică în funcție de natura problemei (de exemplu, testarea inteligenței și a performanțelor etc.).

Interviul realizat cu părinții

Deși interviul cu părinții (de cele mai multe ori cu mama) a fost deseori criticat pentru fidelitatea sa redusă și nivelul ridicat de subiectivitate pe care îl implică, el este una dintre părțile indispensabile ale evaluării clinice a copilului. Dacă cineva ar fi nevoit să folosească o singură metodă de evaluare psihică a copilului, fără doar și poate interviul părinților (maternal), ar fi cel mai potrivit. Mai mult sau mai puțin acurate, relatările părinților reprezintă cea mai validă sursă de informații relevante, mai ales din punct de vedere ecologic, despre problemele cu care se confruntă copilul. Deseori, acușele părinților conduc la trimiterea copilului la specialist, ceea ce influențează modul în care părinții percep problema și reacțiile copilului, și care vor influența și aderența părinților la intervenție și la recomandările făcute. Mai mult, validitatea și acuratețea interviului parental depind de modul în care se face interviul și de specificitatea întrebărilor incluse în interviu. Validitatea diagnosticului este în mare măsură îmbunătățită de interviurile care utilizează întrebări foarte specifice despre simptomele psihopatologiei, ceea ce a fost demonstrat empiric că are legături strânse cu tulburarea în cauză. Interviul trebuie, de asemenea, să se focalizeze pe acușele specifice ale adaptării psihice a copilului și a parametrilor funcționali (evenimente declanșatoare și rezultate) asociate cu problemele menționate (mai ales în cazurile în care planificarea tratamentului psihosocial și educațional se va baza pe evaluare).

Informații demografice

În cazul în care nu s-au obținut în prealabil informații demografice despre copil și familie (de exemplu, vârsta copilului și a membrilor familiei; data de naștere a copilului; numele, adresa, ocupația, religia părinților; numele școlii, al educatorilor și al medicului copilului), ele trebuie obținute înainte de întâlnire. Această perioadă de introducere este, de asemenea, folosită pentru recapitularea, împreună cu familia, a constrângerilor legale cu privire la confidențialitatea informațiilor obținute de-a lungul interviului, cum ar fi obligațiile legale ale clinicianului, legate de raportarea suspectării de abuzare a copilului, de posibilitatea ca acesta (sau părinții) să poată vătăma alți indivizi (obligația de a raporta aceste informații), precum și de posibilitatea auto-vătămării copilului (sau a părinților) (de exemplu, amenințarea cu sinuciderea).

Descrierile generale ale preocupărilor părinților trebuie verificate ulterior prin întrebări specifice puse de examinator pentru a elucida detaliile problemelor și a oricăror factori precipitatori identificați. Aceste interviuri nu examinează doar natura, frecvența,

vârsta la debut și cronicitatea comportamentelor problematice, ci și variațiile situaționale și temporale ale comportamentelor, precum și consecințele acestora. Dacă problemele sunt cronice, determinarea cauzelor care au dus la trimiterea copilului la clinician tocmai în momentul respectiv dezvăluie implicarea mai multor aspecte în modul în care părinții percep problemele copilului, circumstanțele actuale ale familiei în raport cu severitatea problemelor și cu motivația părinților de a urma tratamentul.

Recapitularea principalelor domenii de dezvoltare

În continuare, ar fi utilă evaluarea, împreună cu părintele, a potențialelor probleme în diferite domenii de dezvoltare a abilităților motorii, de limbaj, intelectuale, cognitive, academice, emoționale, precum și a funcționării sociale. Asemenea informații sunt deosebit de utile în diagnosticul diferențial al problemelor copilului. Pentru a putea efectua acest lucru, evaluatorul trebuie să aibă cunoștințe temeinice și despre criteriile de diagnostic al altor tulburări din copilărie, unele putând apărea sub forma TOP. De exemplu, la mulți copii, *Tulburarea de dezvoltare pervazivă atipică* (cu instalare în timpul copilăriei), *Sindromul Asperger* sau *Tulburarea bipolară timpurie* pot fi considerate de părinți ca fiind TOP sau ADHD, deoarece este probabil ca părinții să fi auzit mai mult de acestea din urmă decât de cele dinainte și vor recunoaște unele dintre simptome la copiii lor. Probleme legate de stilul de gândire, afectivitate, relații sociale nepotrivite, particularități motorii, pot releva o tulburare mult mai serioasă și mai pervazivă a copilului. În cazul în care aceste simptome sunt prezente, clinicianul ar putea aplica *Scala de dezvoltare atipică a copilului* (vezi Barkley, 1990) pentru a obține o imagine mai detaliată a acestor simptome. De asemenea, trebuie investigate situațiile în care copilul sau familia prezintă ticuri sau *Sindromul Tourette*. Așa cum s-a menționat anterior, aceste situații pot duce fie la excluderea medicației stimulante din tratamentul copilului cu tulburare de comportament deviant cu comorbiditate ADHD, fie la utilizarea precaută în doze mici a unor astfel de medicamente, pentru a preveni exacerbarea ticurilor copilului (DuPaul și colab., 1994).

Istoricul școlar, familial și al tratamentului

Istoricul școlar și familial obținut trebuie să includă cu necesitate informații despre: posibilele dificultăți psihiatrice ale părinților și ale fraților, probleme maritale, precum și probleme medicale cronice, probleme de angajare sau alte posibile probleme de stres în cadrul familiei. Desigur, examinatorul va dori să obțină informații și despre modalitățile anterioare de intervenție/tratament pentru problemele identificate ale copilului sau ale părinților. În cazul în care istoricul prezintă probleme medicale sau neurologice care pot fi rezolvate prin tratament (alergii, convulsii, sindromul Tourette etc.), trimiterea la medic este esențială. În lipsa unor semne clare ale acestor probleme, trimiterea la specialist poate să fie inutilă în obținerea mai multor informații necesare pentru intervenția copilului. Excepție face cazul în care se intenționează completarea intervenției cu tratament medicamentos, caz în care copilul trebuie trimis la medic/psihiatru.

Trecerea în revistă a tulburărilor din copilărie

În cadrul interviului general cu părinții, examinatorul va trebui să treacă în revistă simptomele tulburărilor psihice majore din copilărie, care este foarte probabil să fie prezente la copiii cu probleme de comportament. Acestea fac parte din interviul

structurat oferit în Partea a III- a a acestui manual. Însă, indiferent dacă această metodă particulară de interviu este folosită sau nu, recapitularea tulburărilor majore din copilărie conform *DSM-IV* (*American Psychiatric Association*, 1994), într-o modalitate semistructurată sau structurată, este absolut necesară, mai ales în cazul în care apare posibilitatea unui diagnostic diferențial al tulburărilor comorbide. Folosirea interviului din Partea a III- a în scopurile descrise mai anterior, trebuie făcută cu mare precauție în cazul copiilor care aparțin unor minorități, pentru evitarea supra-diagnosticării tulburărilor psihice în aceste cazuri induse de diferențele dintre standardele culturale care influențează comportamentul copilului. Aduceți-vă aminte de discuțiile incluse în Capitolul 1 despre faptul că nu este de ajuns să ne asigurăm dacă din punct de vedere statistic comportamentul copilului este deviant, ci trebuie, de asemenea, să existe dovezi clare ale funcționării adaptative deteriorate sau alte semne ale unei „funcționări nocive”. Pentru a evita supraidentificarea psihopatologiei la copiii aparținând unor minorități, se recomandă următoarele ajustări: atunci când se face trecerea în revistă a simptomelor psihice în cazul tulburărilor din copilărie, părintele trebuie să indice dacă simptomul este prezent sau nu, răspunzând la întrebarea „Credeți că această problemă a copilului dumneavoastră este mai severă decât în cazul altor copii de aceeași etnie sau aparținând aceleiași minorități?”. Doar în cazul în care părintele răspunde la această întrebare cu „Da”, simptomul poate fi considerat ca fiind prezent pentru diagnosticarea psihologică.

Atunci când se aplică criteriile de diagnostic pentru *TOP* (vezi Capitolul 1, Tabelul 1.2.) în cazul copiilor dificili, trebuie să se țină cont de câteva criterii și de modificările făcute pentru ele, în funcție de situație:

1. Scorul cut-off de pe lista de simptome (patru din opt) a fost în primul rând stabilit pentru copii de vârste cuprinse între 4 – 16 ani. Extrapolarea acestor praguri la grupe de vârstă în afara celor din eșantion este pusă sub semnul întrebării. Studii făcute pe un număr mare de copii (Achenbach și Edelbrock, 1983, 1986) indică la comportamentele asociate cu *TOP* tendința de a prezenta un declin al frecvenței de-a lungul dezvoltării. Astfel, este nevoie de un prag puțin mai ridicat în cazul preșcolarilor (cu vârste cuprinse între 2 și 4 ani), în cazul în care se folosește același nivel de devianță specific stadiului de dezvoltare (centilul al 93-lea) pentru definirea tulburării.
2. Copiii evaluați pentru *TOP* și *TC* în studiile făcute pentru *DSM-IV* au fost predominant de gen masculin, cu o valoare a mediei de 3:1 (Lahey, Applegate, Barkley și colab., 1994). Studiile efectuate pe eșantioane mari de copii demonstrează că părinții și educatorii relatează nivele mai scăzute ale acelorași comportamente asociate cu *TOP* pentru fete decât pentru băieți (Achenbach și Edelbrock, 1983, 1986; Goyette, Conners, & Ulrich, 1978). Este posibil ca scorurile cut-off, de pe lista *DSM-IV* pentru aceste tulburări (stabilite prin studii efectuate preponderent pe băieți), să fie aberant de mari pentru fete. Altfel spus, în cazul folosirii pragurilor actuale din *DSM-IV*, fetele, pentru a fi diagnosticate cu *TOP* sau *TC*, trebuie să atingă standarde mai înalte (să obțină un punctaj mai mare) ale devianței decât băieții de aceeași vârstă. Argumentul de care depinde acest punct de vedere se referă la un aspect critic, și anume dacă fetele prezintă devianța, în ciuda faptului că au un nivel mai scăzut de simptome în comparație cu băieții. Acest aspect nu a fost încă destul de bine studiat, dar unii autori au oferit răspunsuri similare pe baza cercetărilor disponibile despre influența diferențelor de gen care pot determina natura *TOP* sau *CD* (Zoccolillo, 1993). În orice caz, clinicienii ar trebui să țină seama de aceste aspecte. De exemplu, o fetiță care se situează

sub scorul cut-off prevăzut în DSM-IV necesar diagnosticării *TOP* sau *TC* poate fi totuși diagnosticată cu tulburarea în cauză.

3. Criteriul potrivit căruia simptomele trebuie să dureze cel puțin 6 luni nu a fost studiat în mod specific în studii ecologice de teren, ci s-a preluat din DSM-uri anterioare. Simptomele *TOP* sunt destul de obișnuite în anii perioadei preșcolare și pot dura 6 luni sau chiar mai mult, fără să indice neapărat prezența tulburării la copil. De asemenea, unele cercetări arată că mulți (25%) dintre copiii diagnosticați inițial cu *TOP* nu vor îndeplini criteriile de diagnostic la reevaluarea făcută la un an de la evaluarea inițială (vezi Capitolul 1). În cazurile în care simptomele persistă mai mult de un an, copiii au șanse mari să rămână devianți în pattern-urile de comportament până în clasele elementare, sugerând prelungirea criteriilor de diagnosticare la 12 luni.

De asemenea, s-ar putea să fie nevoie de ajustări în cazul criteriilor DSM-IV pentru ADHD (vezi Capitolul 1, Tabelul 1.4.). Dată fiind probabilitatea mare a apariției ADHD la copiii diagnosticați cu *TOP*, posibilele ajustări sunt :

1. Din nou, scorurile cut-off pentru ambele liste de simptome (șase din nouă) au fost în primul rând stabilite pe baza DSM-IV pentru copii de 4-16 ani (Lahey, Applegate, McBurnett și colab., 1994). Ținând cont de aceste aspecte, extrapolarea acestor praguri la alte categorii de vârstă, în afara studiilor de teren, devine foarte delicată. Comportamentele ADHD tind să scadă în frecvență în cadrul populației țintă de-a lungul dezvoltării, sugerând din nou că, pentru copii mai mici (2-4 ani), un prag mai ridicat ar fi mai potrivit.
2. Copiii evaluați în studiile de teren, incluse în DSM-IV (menționate anterior), au fost predominant de gen masculin. Studiile demonstrează în mod repetat că părinții și educatorii evaluează diferit simptomele de ADHD în cazul fetelor, față de cele din cazul băieților (Achenbach și Edelbrock, 1983, 1986; DuPaul, 1991). Este posibil ca scorurile cut-off de pe listele de simptome din DSM-IV, fiind bazate pe studii efectuate preponderent pe băieți, să fie mult prea mari pentru fete.
3. Vârsta specifică la debut, de 7 ani, nu este critică în identificarea ADHD în cazul copiilor. Studiile de teren din DSM-IV au relevat faptul că și copiii cu ADHD cu debut la diferite vârste au fost similari în natura și severitatea tulburării, în cazul în care simptomele s-au dezvoltat înaintea vârstei de 10-12 ani (Applegate și colab., 1992). Stabilirea unui debut al simptomelor în copilărie este probabil suficient pentru stabilirea diagnosticului clinic.
4. Din nou, criteriul potrivit căruia simptomele trebuie să dureze cel puțin 6 luni nu a fost studiat suficient în studii de teren și nici nu a fost trecut în edițiile anterioare ale DSM-urilor, în primul rând din considerente de tradiție. Unele cercetări efectuate pe preșcolari sugerează faptul că un număr relativ mare de copii cu vârsta cuprinsă între 2 și 3 ani pot manifesta simptome de ADHD, ca fiind parte a perioadei specifice de dezvoltare, și pot fi prezente timp de 3-6 luni sau chiar mai mult (Campbell, 1990; Palfrey, Levine, Walker, & Sullivan, 1985). În cazul copiilor la care simptomele au persistat un an sau mai mult, aceștia au păstrat cu o probabilitate mai mare pattern-urile de comportament dificil până în anii claselor elementare (Campbell și Ewing, 1990; Palfrey și colab., 1985). Stabilirea criteriului de durată la 12 luni ar putea fi mai util din punct de vedere clinic.

5. În cazul criteriului în care simptomele trebuie să fie evidente în cel puțin două sau mai multe contexte (de exemplu, acasă, la școală, la serviciu), este necesar ca acești copii să aibă suficiente simptome de ADHD raportate atât de părinți, cât și de educatori (învățători/profesori), înainte ca ei să fie eligibili pentru diagnostic. Această cerință intră în contradicție cu o problemă de metodologie inerentă în comparația relatărilor părinților și ale educatorilor. În general, relația dintre cele două surse de descriere a comportamentelor copilului este de obicei destul de slabă, fiind aproximativ 0,30 (Achenbach, McConaughy și Howell, 1987). În cazul în care evaluările părinților și cele ale educatorilor sunt contradictorii în cadrul mai multor domenii comportamentale, acest lucru limitează numărul copiilor care pot fi diagnosticați cu ADHD, ceea ce se datorează în mare parte metodelor de măsurare. Din fericire, unele rezultate demonstrează faptul că acei copii care îndeplinesc criteriile DSM (în acest caz DSM-III-R) pe baza evaluărilor făcute de părinți au o probabilitate mai ridicată de a îndeplini criteriile și pe baza evaluărilor făcute de educatori (Biederman, Keenan și Faraone, 1990). În aceste cazuri, clinicienii sunt sfătuiți să caute mai degrabă dovezi potrivit cărora simptomele tulburării la copii au existat înainte de evaluare, de-a lungul mai multor situații, decât să insiste prea mult pe compatibilitatea dintre rapoartele oferite de părinți și cele oferite de educatori doar pentru a justifica diagnosticul.

Aspectele discutate anterior trebuie avute în vedere atunci când se aplică criteriile DSM la cazurile clinice speciale. În aceste cazuri, DSM-ul ar trebui considerat ca fiind un ghid care facilitează diagnosticul și nu privit dogmatic, ca set de regulisau prescrieri. În practica clinică, întotdeauna este nevoie de anumite judecăți clinice pentru individualizarea cazurilor clinice prin aplicarea unor astfel de reguli. Dacă de exemplu, un copil, care îndeplinește criteriile necesare pentru diagnosticarea cu ADHD, cu evaluări compatibile din partea părinților și educatorilor legate de simptome, dar care nu respectă vârsta de debut (de exemplu, problemele de funcționare apărând la 9 ani), va fi sau nu va fi diagnosticat cu ADHD? Pe baza acestei discuții pe tema specificității vârstei de debut a simptomelor (ceea ce pentru ADHD este vârsta de 7 ani), un clinician cu experiență ar da oricum acest diagnostic. De asemenea, dacă o fetiță de 8 ani îndeplinește trei dintre cele opt simptome pentru diagnosticarea cu TOP și toate celelalte condiții pentru TOP sunt îndeplinite, având în vedere distorsionarea criteriilor determinată de diferențele de gen (discutate anterior), diagnosticul trebuie oricum pus. În aplicarea criteriilor DSM, clinicianul trebuie să încorporeze cu necesitate o doză destul de mare de flexibilitate (și rațiune!!).

O perioadă destul de lungă, clinicienii s-au eschivat de la diagnosticarea copiilor, considerând diagnosticul ca fiind o practică devenită mecanică și care duce la etichetarea inutilă a copiilor. Ba mai mult, se considera că diagnosticarea poate împiedica evaluarea unicității clinice a fiecărui caz în parte, omogenizând inutil cazurile clinice. Unii au considerat că este mai puțin importantă etichetarea condiției unui copil punându-i un diagnostic, în timp ce planificarea intervenției comportamentale, identificarea pattern-urilor comportamentale și a deficitelor sau a exceselor de dezvoltare sunt mult mai importante. Deși poate că în trecut au existat justificări pentru aceste abordări, mai ales înaintea dezvoltării unor criterii de diagnostic bazate pe cercetări empirice, în prezent, având în vedere numărul foarte mare de studii și cercetări efectuate pe dezvoltarea criteriilor DSM-IV necesare diagnosticării tulburărilor din copilărie, aceste justificări nu mai au sens. Acest lucru nu înseamnă că specialiștii nu trebuie să cerceteze pattern-urile de deficite și excese comportamentale, deoarece astfel de studii sunt necesare pentru

planificarea intervenției, numai că acest aspect nu trebuie folosit ca scuză pentru evitarea diagnosticării. Ținând cont că protecția drepturilor și accesul la servicii educaționale sau la alte servicii pot depinde de punerea sau „ascunderea” diagnosticului de *ADHD*, nediagnosticarea poate fi considerată o neglijență profesională. Din aceste motive și din altele, clinicienii trebuie să treacă în revistă în mod sistematic, cu părinții fiecărui copil trimis pentru evaluare, lista simptomelor și alte criterii de diagnostic pentru diferite forme de tulburări mentale din copilărie.

Interviul cu părinții poate, de asemenea, releva faptul că unul dintre aceștia, de obicei mama, are dificultăți mai mari în managementul copilului cu *TOP*. Diferențele dintre abordarea părinților în managementul problemelor copilului precum și problemele conjugale generate de acestea trebuie discutate cu precauție. Asemenea probleme în managementul copilului pot duce deseori la reducerea timpului liber al părinților, la conflicte conjugale din ce în ce mai intense, uneori și la conflicte în familia mai extinsă, în cazul conviețuirii cu mai mulți membri ai familiei. Uneori este utilă investigarea atribuirilor pe care o fac părinții pentru cauzele sau originile dificultăților de comportament ale copilului. Aceste investigații pot elucida aspecte pe care părinții le ignoră sau despre care au informații eronate și cărora terapeutul va trebui să le acorde atenție de-a lungul consilierii inițiale a familiei, legată de tulburarea (tulburările) copilului și de posibilele cauze. Examinatorul ar trebui să investigheze natura activităților sociale ale părinților și ale familiei, ca să determine cât de izolați sau „insularizați” sunt părinții de rețelele normale de suport social. Cercetările lui Wahler (1980), discutate în partea Introductivă și în Capitolul 1, au arătat că izolarea socială a mamei este asociată semnificativ cu eșecul programelor de training parental subiacente. În cazurile în care se depistează că izolarea este semnificativă, mai degrabă această problemă poate deveni scopul/ținta primară a intervenției, decât trecerea directă la programul familial pentru managementul comportamentului copilului.

Interviul părinților se poate termina cu o discuție despre caracteristicile și atributele pozitive ale copilului, precum și despre recompensele și întăririle dorite de copii, care s-ar putea dovedi a fi utile în training-ul părinților pe metode de management al contingențelor. În cazul unor părinți care au copii cu *ADHD*, problemele de management comportamental pot să fie atât de cronicizate și de generalizate la mai multe situații, încât le vine greu să găsească sau să raporteze caracteristici pozitive ale copiilor lor. A-i convinge pe părinți să se gândească la asemenea atribute pozitive este un prim pas al intervenției, de vreme ce primele faze ale training-ului părinților îi va învăța pe aceștia cum să fie atenți și cum să depisteze comportamentele dezirabile ale copiilor (Forehand și McMahon, 1981).

În cadrul celorlalte întâlniri sau poate chiar de-a lungul sesiunilor inițiale ale training-ului parental, examinatorul poate investiga în detaliu natura interacțiunilor dintre părinți și copil în legătură cu respectarea regulilor de către copil. Părinții trebuie întrebați despre abilitățile copilului de a îndeplini comenzile și solicitările lor într-o manieră satisfăcătoare în diferite situații sau despre capacitatea de a respecta regulile de comportament în diferite situații, precum și dacă posedă capacitatea de autocontrol adecvat grupei de vârstă a copilului, în absența supervizării adulte. Pentru a realiza acest lucru este utilă respectarea formatului prezentat în Tabelul 2.1., în care părinții sunt întrebați despre interacțiunile lor cu copiii în mai multe situații de acasă sau în situații publice. În situațiile în care se relatează probleme, examinatorul continuă cu lista de întrebări din Tabelul 2.1. Dacă părinții au completat *Chestionarul de evaluare a situațiilor de acasă* în cadrul evaluării, răspunsurile la acest chestionar pot fi folosite ca punct de început pentru interviu, urmărind fiecare situație considerată a fi problematică prin aceste întrebări de verificare.

O astfel de abordare oferă foarte multe informații despre natura interacțiunilor părinte-copil în mai multe situații, despre tipul noncompliancei manifestate de copil (de exemplu, neastâmpăr, începerea și abandonarea unei sarcini, opoziție sau sfidare manifestă etc.), despre stilul particular de management abordat de părinți ca să facă față noncompliancei, precum și despre tipurile specifice de comportament coercitiv folosite de copii ca parte a noncompliancei. Aceste evaluări pot dura între 30 și 40 de minute după terminarea interviului parental (descriș mai înainte), însă merită efortul investit, mai ales dacă se va recomanda și un program de training al părinților pe probleme de management comportamental al copilului. În cazul în care constrângerile de timp îngreunează evaluarea, se poate folosi forma modificată a *Chestionarului de evaluare a situațiilor de acasă* construită special pentru oferirea unor informații similare. După ce părinții completează scala, li se pot cere informații suplimentare despre una sau mai multe situații problematice, utilizând în follow-up aceleași întrebări prezentate în Tabelul 2.1.

Interviul realizat cu copilul

O parte din timpul alocat evaluării trebuie dedicat interacțiunii directe cu copilul trimis pentru evaluare. Durata acestor interviuri depinde de vârsta, nivelul de inteligență și abilitățile lingvistice ale copilului. În cazul preșcolarilor, interviul poate servi doar ca perioadă de acomodare, pentru a se contura o primă impresie, pentru înregistrarea caracteristicilor de dezvoltare și a conduitei acestuia. În cazul copiilor mai mari, această perioadă de timp poate oferi informații mai consistente despre motivele pentru care au fost trimiși pentru evaluare, despre felul în care văd ei că funcționează familia lor și despre orice alte probleme pe care ar putea crede că le au, despre performanțele lor școlare, despre măsura în care sunt acceptați de colegi și prieteni și despre ce modificări în familie le-ar face viața de acasă mai fericită. În ceea ce privește părinții, copilul poate

Tabelul 2.1. Formular de *Interviu parental pentru evaluarea problemelor comportamentale de acasă și în public ale copilului*

Situații care trebuie discutate	Întrebări follow-up pentru cazurile în care s-a identificat o problemă
Interacțiuni generale dintre părinți și copil	1. Este aceasta o problemă? Dacă da, continuați cu întrebările 2-9.
Dacă se joacă singur	2. Ce vă deranjează în comportamentul copilului în această situație?
Dacă se joacă cu alți copii	3. Care este de obicei răspunsul dumneavoastră?
În timpul meselor	4. Ce face de obicei copilul la răspunsul dumneavoastră?
În timpul îmbrăcatului/dezbrăcatului	5. Ce faceți în cazul în care problema persistă?
În timpul îmbăierii	6. Care este de obicei rezultatul acestei situații?
În timp ce părintele vorbește la telefon	7. Cât de des apar aceste probleme în această situație?
Atunci când copilul de uită la televizor	8. Ce credeți despre aceste probleme?
Atunci când sunt musafiri	9. Cât de severă este problema pentru dumneavoastră pe o scală de la 1 (nicio problemă) la 9 (severă)?
În vizită	
În locuri publice (magazine, restaurante, biserică ,etc.)	
Atunci când tatăl este acasă	
Atunci când i se cere copilului să facă treburi în casă	
Atunci când i se cere copilului să își facă temele de casă	
La culcare	
În mașină	
Atunci când este lăsat singur cu bona	
În alte situații problematice	

Notă. Din Barkley (1981, p. 98). Copyright 1981 Guilford Press. Reproducerea este permisă cu acordul autorului.

fi întrebat care ar fi potențialele recompense sau întăriri care i-ar plăcea și care s-ar putea dovedi utile în programul de management al contingențelor.

Copiii sub vârsta de 9-12 ani nu sunt deosebit de exacti în relatările lor despre propriile comportamente disruptive. Această problemă este cauzată de conștiința frecvent redusă și de controlul impulsului în mod tipic redus în cazul copiilor cu ADHD (Hinshaw, 1994). De asemenea, copiii cu TOP/ ADHD răspund la întrebările evaluatorului fără să se gândească prea mult și pot minți sau distorsiona informațiile într-o direcție care este mai acceptată social. Unii pot spune că au mulți prieteni, că nu au probleme de relaționare cu părinții, că se descurcă bine la școală, ceea ce poate fi inversul a ceea ce relatează părinții sau educatorii despre comportamentul nepotrivit al copilului. Din cauza acestei tendințe a copiilor cu ADHD de a subestima seriozitatea problemelor lor comportamentale, mai ales în domeniul comportamentelor disruptive sau al celor manifeste (Barkley și colab., 1991; Fischer și colab., 1993), diagnosticul cu TOP sau ADHD nu se va baza niciodată pe relatările acestor copii. Cu toate acestea, relatările lor despre simptomele de internalizare, cum ar fi anxietatea și depresia pot fi credibile, având astfel rol în diagnosticarea tulburărilor comorbide de anxietate și a tulburărilor afective la copiii cu ADHD.

Deși înregistrarea comportamentelor copiilor, complianța, câmpul atențional, nivelul de activare și controlul impulsivității sunt utile din punct de vedere clinic, clinicienii trebuie să fie atenți să nu tragă concluzii pripite de diagnostic în cazurile în care copiii nu manifestă comportamentele dificile în mediul clinic sau la cabinet. Mulți copii cu TOP sau cu ADHD nu sunt neastâmpărați în cabinetele clinicienilor, prin urmare luarea prea în serios a unor astfel de observații ar distorsiona mult diagnosticul (Sleator și Ullmann, 1981). În unele cazuri, comportamentul copiilor în sala de așteptare înaintea evaluării, când sunt împreună cu părinții, poate fi un indicator mai bun al managementului problemelor copilului de acasă, decât comportamentul copilului față de clinician, mai ales dacă acest lucru implică o interacțiune între patru ochi dintre specialist și copil.

Însă, acest lucru nu înseamnă că observarea comportamentului copilului din cabinet este absolut inutilă. Dacă un comportament este foarte nepotrivit sau extrem, acesta poate indica probleme pe care le are copilul și în mediul său natural, mai ales la școală. Prezența unui comportament relativ normal al copilului poate în schimb să fie un indicator al normalității copilului, în care nu putem avea însă prea multă încredere. De exemplu, într-un studiu efectuat pe 205 copii cu vârsta cuprinsă între 4 și 6 ani, s-a examinat relația dintre comportamentul copilului față de părinți în cabinet și relatările educatorilor (Barkley, 1991). Dintre acești copii, 158 au fost identificați la înscrierea la grădiniță ca fiind cu 1,5 abateri standard peste medie (al 93-lea centil) în relatările părinților pentru simptomele de ADHD și simptomele (de agresivitate) TOP. Acești copii au fost ulterior evaluați timp de aproximativ 4 ore într-un mediu clinic, după care examinatorul a completat o scală de evaluare a comportamentului copilului în clinică. După aceasta, pe baza evaluărilor unui lot de control normal, inclus în același studiu, s-au împărțit copiii sub și peste al 93-lea centil. Copiii au fost, de asemenea, grupați și în funcție de poziția lor (sub sau deasupra pragului stabilit) în evaluările părinților, privind comportamentele de acasă și în cele ale educatorilor, privind comportamentul la școală evaluat pe scala CBCL. Rezultatele arată că nu există o legătură semnificativă între comportamentul clinic al copiilor (tipic sau atipic) și evaluările părinților lor. Cu toate acestea, există o legătură semnificativă între evaluările comportamentelor atipice în clinică și evaluările comportamentelor atipice oferite de educatori, în sensul că 70% dintre copiii considerați atipici din punctul de vedere al comportamentului lor în cadrul clinicii/cabinetului au fost clasificați în același fel de educatori, mai ales pe dimensiunea comportamentului manifest. Cu toate acestea, în cazul comportamentului tipic în mediul

clinic, acesta nu s-a dovedit a fi neapărat un bun predictor pentru comportamentul tipic în evaluările părinților sau ale educatorilor. Aceste rezultate sugerează faptul că un comportament atipic sau semnificativ disruptiv pe parcursul unei evaluări de lungă durată poate fi semnul unor dificultăți comportamentale similare în mediul școlar. Cu toate acestea, un clinician cu experiență va lua mai degrabă legătura direct cu educatorul copilului ca să afle cât mai multe despre problemele de adaptare ale copilului, decât să se bazeze doar pe inferențele făcute pe baza observațiilor comportamentelor din cabinetul său.

Interviul realizat cu educatorii

La un moment dat, înainte sau imediat după ședința inițială de evaluare a familiei, luarea legăturii cu educatorii copilului este esențială pentru clarificarea naturii problemelor copilului. Acest lucru se face de obicei prin telefon, cu excepția cazurilor în care clinicianul lucrează în grădinița/școala la care este înscris copilul. Interviurile cu educatorii au aceleași avantaje pe care le au cele cu părinții, fiind o a doua sursă de informații valide din punct de vedere ecologic cu privire la adaptarea psihologică a copilului, în acest caz la mediul școlar. Ca și în cazul evaluărilor oferite de părinți, și evaluările educatorilor sunt expuse distorsionărilor, iar integritatea celui care oferă informațiile trebuie apreciată în evaluarea validității informației în sine.

Mulți copii dificili, mai ales cei cu comorbiditate pentru ADHD, au probleme legate de performanța școlară și probleme comportamentale în clasă. Despre aceste probleme trebuie obținute cât mai multe detalii. Dacă inițial acest lucru poate fi făcut prin telefon, în cazul în care timpul și resursele îi permit clinicianului să facă o vizită în clasa copilului, pentru observații directe și înregistrarea comportamentului copilului, acestea pot fi foarte utile în documentarea ulterioară a comportamentelor comorbide ADHD-ului și în planificarea programului de management al contingențelor, care va fi aplicat ulterior pentru comportamentele din cadrul clasei. În mod cert, aceste lucruri nu sunt realizabile pentru clinicienii care lucrează în afara sistemului școlar. Dar observațiile directe ale comportamentelor pot fi foarte utile în diagnosticare și mai ales în planificarea intervenției subiacente (Atkins și Pelham, 1992; DuPaul și Stoner, 1994).

Scalele de evaluare menționate anterior trebuie de asemenea trimise educatorilor. Acestea pot fi trimise sub formă de pachete, înaintea evaluării propriu-zise, astfel informațiile fiind disponibile pentru discuțiile cu părinții de-a lungul interviului, precum și pentru discuțiile cu educatorii, la telefon sau în cadrul vizitelor la școală.

Interviul educatorilor trebuie să se focalizeze asupra naturii specifice a problemelor copilului în mediul școlar, urmând un model comportamental. Mediul, natura, frecvența, consecințele și evenimentele activatoare ale problemelor majore, pot de asemenea fi explorate. Întrebările de follow-up folosite în interviul cu părinții, privind interacțiunile părinți-copii prezentate în Tabelul 2.1., se pot dovedi a fi utile și în acest caz. Educatorii trebuie întrebați despre posibilele dificultăți de învățare în cazul copiilor evaluați, având în vedere probabilitatea mai mare de apariție a tulburărilor de învățare în aceste populații. În cazul în care se dovedește că există asemenea probleme, evaluarea copiilor ar trebui extinsă pentru explorarea naturii și a intensității acestor deficite, după cum sunt ele observate de educator. Chiar și în cazurile în care nu există dizabilități de învățare, copiii cu ADHD sunt mai predispuși să dezvolte probleme de caligrafie, abordare neglijentă a sarcinilor, organizare proastă a temelor de casă și performanțe școlare sub nivelul abilităților lor (stabilit prin teste). Ar trebui alocată o perioadă suficientă de timp pentru ca, împreună cu educatorii, să se exploreze și aceste probleme.

Scale de evaluare a comportamentelor copilului (variantele pentru părinți și educatori)

Scalele și chestionarele de evaluare a comportamentului copilului au devenit esențiale în evaluarea și diagnosticarea copiilor cu probleme de comportament. Disponibilitatea acestor scale cu excelente date normative obținute pe mai multe categorii de vârstă, având coeficienți de fidelitate și validitate acceptabili, face ca utilizarea lor în protocolul de evaluare să fie foarte utilă. Informațiile obținute astfel au o importanță foarte mare privind abaterea statistică a comportamentelor copilului și măsura în care problemele sunt prezente, motiv pentru care este util ca aceste scale de evaluare să le fie trimise părinților înainte de evaluarea inițială, rugându-i totodată să le trimită înapoi completate cu o zi înainte de data evaluării (așa cum s-a descris mai sus). Acest lucru îi permite examinatorului să le revizuiască și să le coteze înainte de interviul cu părinții, să formuleze răspunsuri vagi sau semnificative în cadrul interviului și servește ca material de bază pentru interviu, în domenii de anormalitate care pot fi relevate prin itemii scalelor aplicate.

Există foarte multe scale prin care se pot evalua comportamentele copiilor. Cititorul este îndrumat să citească materiale pentru a afla mai multe detalii (Barkley, 1988, 1990) despre scalele folosite cel mai des și pentru a afla cerințele și asumțiile subiacente acestor scale care evaluează comportamentele copiilor – asumții care deseori nu sunt suficient evidențiate de instrumentele clinice. În ciuda limitelor pe care le presupun, scalele de evaluare a comportamentului sunt un mijloc foarte bun prin care se pot aduna informații de la persoane care au petrecut luni și ani cu copilul trimis pentru evaluare. În afară de aceste interviuri, nu există altă metodă prin care s-ar putea obține așa de multe informații într-un interval de timp atât de scurt. Faptul că aceste scale oferă o modalitate prin care se pot cuantifica opiniile altora (deseori pe dimensiuni calitative), care pot fi comparate cu norme stabilite pe populații mari de copii, reprezintă punctul tare al scalelor și al chestionarelor. Cu toate acestea, scalele de evaluare a comportamentului reflectă de fapt opinii susceptibile de greșeli (de aplicare, de neglijență), de pejudecăți, mai ales din cauza validității și fidelității limitate a unor astfel de opinii.

În prima fază, se recomandă folosirea scalelor de evaluare la scară largă, astfel încât să acopere dimensiunile majore ale psihopatologiei copilului, cum ar fi depresia, anxietatea, izolarea, agresivitatea, comportamentul dificil și, desigur, comportamentul neatent și hiperactiv-impulsiv. Aceste scale ar trebui completate atât de părinți, cât și de educatori. Asemenea scale ar fi BASC (Reynolds și Kamphaus, 1994), și CBCL (Achenbach și Edelbrock, 1983), fiecare dintre acestea având variante atât pentru părinți, cât și pentru educatori, precum și date normative satisfăcătoare.

Scala de evaluare a personalității copilului (Lachar, 1982) poate, de asemenea, servi evaluării copilului, mai ales datorită faptului că una dintre variantele sale prescurtate se poate folosi foarte ușor, iar în cotate sunt folosite norme actualizate. Din cauza faptului că această scală se aplică doar părinților, nu se mai poate face comparația informațiilor obținute de la părinți și educatori, pe aceeași scală. Scala originală de evaluare a părinților și a educatorilor Connors (Connors, 1990) se poate folosi, de asemenea, pentru evaluarea inițială a psihopatologiei, dar nu oferă la fel de multe informații în dimensiunile psihopatologiei ca și scalele menționate anterior.

Scale utilizate la o scară mai redusă pot fi, de asemenea, folosite în evaluarea inițială a copilului, mai ales dacă se dorește concentrarea atenției asupra unor simptome specifice ale TOP sau ADHD. Din acest motiv, oferim în Partea a III-a a acestui manual, versiunea pentru părinți și educatori a scalei DBDRS, prin care pot fi evaluate simptomele TOP, ADHD, TC conform DSM-IV. Pentru a obține scorurile totale pentru TOP (itemii 19-26), pur și simplu numărați răspunsurile date prin încercuirea lui 2 sau 3, fiecare

dintre acestea fiind considerate simptome specifice ale tulburării. Răspunsurile date prin încercuirea lui 0 sau 1 sunt considerate normale. Patru sau mai multe răspunsuri date prin încercuirea lui 2 și 3, pot indica prezența unui diagnostic clinic de *TOP*, care ar trebui coroborat cu interviul părinților, oferit în Partea a III-a. Pentru evaluarea simptomelor de *ADHD*, faceți aproximativ același lucru. Prima dată, numărați răspunsurile date prin încercuirea lui 2 sau 3 pentru itemii de *Neatenție* (itemii 1-9). După aceea, numărați itemii la care s-a răspuns în acest fel pentru *Hiperactivitate* și *Impulsivitate* (Itemii 10-18). Dacă la cel puțin șase dintre simptomele de pe oricare listă s-a răspuns în acest fel, atunci acest lucru poate indica existența unor subtipuri de *ADHD*, ceea ce ar trebui coroborat cu interviul clinic.

Norme pentru acești itemi necesari evaluării simptomelor de *ADHD* au fost stabilite recent de George DuPaul și colab., de la Universitatea din Leigh (Bethlehem, PA) (DuPaul, Anastapoulos și colab., 1996; DuPaul, Power și colab., 1996). Pentru cotele acestei scale, clinicianul va însuma totalul punctelor încercuite pentru toți itemii (inclusiv răspunsurile de 0 și de 1) separat, de pe listele de *Neatenție* și *Hiperactivitate* și *Impulsivitate*. În mod tipic, centilul al 93-lea este considerat ca fiind pragul între normalitate și tulburare semnificativă clinic. În cele ce urmează, vom prezenta pragurile pentru centilul al 93-lea, pentru fiecare dintre scorurile de pe aceste liste de simptome, ținând cont de sursa informației, vârsta și genul copilului:

Vârsta (în ani)	Băieți		Fete	
	Neatenție	Hiperactivitate-Impulsivitate	Neatenție	Hiperactivitate-Impulsivitate
<u>Evaluările părinților</u>				
5-7	15	17	12	13
8-10	15	15	12	9
11-13	18,5	16	12,8	9
<u>Evaluările educatorilor</u>				
5-7	22	22	21	21,1
8-10	25	25	21	16,7
11-13	24	18	19	14,8

Restul itemilor de la 1 la 15, de la sfârșitul variantei pentru părinți a scalei *DBDRS*, sunt pentru *Tulburarea de conduită*. Numărați pur și simplu răspunsurile de DA și folosiți-vă de scorurile cut-off din *DSM-IV* pentru această tulburare.

O altă scală utilizată la scară redusă, specifică pentru *ADHD*, este scala de *Probleme de atenție ale copilului*, care are avantajul de a fi extrasă direct din versiunea *CBCL* pentru educatori, beneficiind astfel de rigoarea standardizării din cadrul construcției scalei (Achenbach și Edelbrock, 1986). Dezavantajul acestei scale (ca și în cazul multor scale prezentate anterior) constă în faptul că nu încorporează liste de simptome specifice pentru neatenție și hiperactivitate-impulsivitate conform *DSM-IV*. Astfel, scorurile mari pe această scală nu indică automat faptul că trebuie dat diagnosticul de *ADHD*. De fapt, este oportun să reamintim cititorului că doar pe baza scorurilor la scalele de evaluare nu se poate pune diagnosticul de *TOP* sau *ADHD*. Informațiile obținute din aceste scale trebuie coroborate cu cele obținute prin interviurile cu părinții și educatorii. De asemenea, este nevoie și de cunoștințele specializate ale clinicianului în stabilirea diagnosticului diferențial, înainte de a pune un diagnostic specific copilului trimis pentru evaluare.

Extinderea problemelor comportamentale ale copilului acasă și la școală ar trebui, de asemenea, investigată, mai ales datorită faptului că evaluarea extinderii situaționale

pare să aibă o stabilitate de-a lungul timpului mult mai mare decât cea dată de scalele menționate anterior (Fischer și colab., 1993). *Scalele de evaluare a situațiilor de acasă și de la școală* (Barkley, 1987, 1990) oferă modalități prin care se pot investiga aceste domenii (comportamentul la școală și acasă), fiind disponibile date normative pentru aceste scale (Altepeter și Breen, 1992; Barkley, 1990; Barkley și Edelbrock, 1987; DuPaul și Barkley, 1992). *Scala de evaluarea a situațiilor de acasă*, pe care v-o oferim în Partea a III-a a acestui manual, le cere părinților să evalueze comportamentele problematice ale copiilor lor în 16 situații diferite de acasă și în public. *Scala de evaluare a situațiilor de la școală*, de asemenea oferită în Partea a III-a a acestui manual, permite evaluarea copilului de către educatori în 12 situații diferite de la școală. Ambele scale se cotează în același fel, dar se obțin scoruri diferite. Primul scor este numărul situațiilor problematice, calculat pur și simplu prin numărarea itemilor la care s-a răspuns cu DA. Al doilea scor este severitatea medie a scorului calculat prin adunarea numerelor încercuite pentru fiecare item și împărțirea acestei sume cu numărul răspunsurilor de DA. Din nou, folosind al 93-lea centil (1,5 abateri standard peste medie) ca indicator al semnificației clinice, scorurile situate deasupra următoarelor praguri pot fi semnificative:

Vârstă (în ani)	Băieți		Fete	
	Numărul problemelor	Severitatea problemelor	Numărul problemelor	Severitatea problemelor
<u>Evaluările de acasă</u>				
4-5	7,3	3,8	6,1	3,4
6-8	9,1	4,1	8,7	3,9
9-11	8,6	4,2	7,5	3,5
<u>Evaluările de la școală</u>				
6-8	7,4	4,5	4,0	3,1
9-11	7,6	5,1	4,5	2,6

Atât scalele mai specializate, cât și cele utilizate la scară mai mică și care se concentrează asupra simptomelor *TOP* și *ADHD* pot fi utilizate pentru monitorizarea răspunsului la tratament atunci când sunt aplicate înainte sau la sfârșitul programului de training al părinților. Aceste scale pot fi de asemenea, folosite pentru monitorizarea efectelor comportamentale ale medicației stimulante, în cazul copiilor cu *ADHD*. În această situație, se recomandă și utilizarea scalei de evaluare a efectelor secundare (vezi Barkley, 1990).

Una dintre cele mai frecvente probleme comune, care apare în cazul copiilor cu comorbiditate *ADHD*, vizează performanța lor școlară. Numărul de activități realizate de obicei la școală de un copil cu *ADHD* este deseori mai redus decât cele realizat de către un copil fără acest gen de probleme, în aceeași perioadă de timp. Demonstrarea unui asemenea impact exercitat de *ADHD* asupra funcționării copilului în cadrul școlii este deseori critică, mai ales în cazul copiilor care sunt eligibili pentru obținerea unor servicii de educație specială (DuPaul și Stoner, 1994). *Scala de evaluare a performanțelor academice* (Barkley, 1990) a fost construită pentru a oferi o modalitate de evaluare rapidă a acestui domeniu de funcționare școlară. De asemenea, există și o scală pentru educatori, de evaluare a performanțelor școlare în cazul materiilor importante, cu norme stabilite pe un eșantion de copii din centrul orașului Massachusetts (DuPaul, Rapport și Perriello, 1991).

Scale de auto-evaluare a comportamentului, pentru copii

Achenbach și Edelbrock (1987) au construit o scală de evaluare similară CBCL, care se completează de către copiii cu vârste cuprinse între 11 și 18 ani. Majoritatea itemilor sunt similari cu cei din scalele pentru părinți și educatori ai CBCL, cu excepția celor care sunt formulați la persoana întâi singular. Varianta recent revizuită (Versiunea Cross-Informant, Achenbach, 1991), permite compararea directă a rezultatelor obținute de la părinți, educatori și auto-evaluarea tinerilor pe această scală foarte populară. Cercetările arată că, de vreme ce auto-evaluările copiilor și ale adolescenților cu ADHD prezintă o devianță mai mare față de auto-evaluările adolescenților care nu au ADHD, auto-evaluările problemelor copiilor (fie prin interviu, fie prin scala de auto-evaluare CBCL), sunt de cele mai multe ori mai puțin severe față de evaluările oferite de părinți sau educatori (Fischer și colab., 1993; Loeber, Green, Lahey și Stouthamer-Loeber, 1991). Scala DBDRS poate fi administrată copiilor să o completeze ei înșiși (sau poate fi folosită ca punct de pornire în interviu), ca modalitate prin care se pot aduna convingerile copiilor despre propriile tulburări de comportament disruptiv. Cu toate acestea, nu sunt disponibile date normative pentru această scală, motiv pentru care utilitatea clinică a unor astfel de auto-evaluări pentru diagnosticul clinic rămâne incertă.

Auto-evaluările copiilor cu privire la problemele de internalizare, cum ar fi anxietatea și depresia, sunt mult mai precise și probabil mai valide față de evaluările făcute de părinți și de educatori pentru aceleași simptome în cazul copiilor evaluați (Achenbach și colab., 1987; Hinshaw, Han, Erhardt și Huber, 1992). Din acest motiv, auto-evaluarea copiilor și a adolescenților dificili trebuie efectuată, aceasta fiind mai pertinentă pentru diagnosticarea tulburărilor aflate în comorbiditate decât pentru comportamentele dificile în sine.

Scale și chestionare care vizează comportamentele adaptative

Cercetările au început să arate modul în care comportamentele sfidătoare și ADHD-ul afectează funcționarea copilului și mai ales comportamentele adaptative (Barkley, DuPaul și McMurray, 1990; Patterson, 1982; Roizen și colab., 1994). Prin comportament adaptativ înțelegem de cele mai multe ori abilitățile de dezvoltare ale copiilor și deprinderile care îi ajută să devină mai independenți, mai responsabili și care îi ajută să-și poarte singuri de grijă. Acest domeniu include deseori: (1) abilități de auto-îngrijire, cum ar fi: să se îmbrace, să facă baie, să mănânce, de asemenea, abilități necesare utilizării independente a toaletei, precum și să știe să citească, să cunoască ceasul și să poată utiliza banii; (2) abilități interpersonale, cum ar fi împărtășirea, cooperarea și încrederea; (3) abilități motorii fine (închiderea fermoarului, închiderea nasturilor, desenatul, folosirea foarfecii etc.) și grosiere (plimbatul, săritul, urcarea treptelor, datul pe bicicletă etc.); (4) abilități de comunicare; și (5) responsabilitate socială, cum ar fi gradul de libertate permis acasă și în afara casei, realizarea unor sarcini gospodărești și așa mai departe. Funcționarea adaptativă în aceste domenii de dezvoltare în cazul copiilor cu ADHD este atât de afectată, încât Roizen și colab. (1994) au căzut de acord că discrepanța semnificativă între IQ și scorurile la comportamentele adaptative (exprimate în scoruri standard) poate fi un semn caracteristic al ADHD.

Pentru evaluarea funcționării copilului în aceste domenii, sunt disponibile mai multe instrumente. Scala de evaluare a comportamentelor adaptative Vineland (Sparrow și colab., 1984) este probabil instrumentul cel mai des utilizat pentru evaluarea funcționării adaptative. Aceasta este o formă de interviu, care, însă, ia totuși destul de mult timp pentru aplicare. Atunci când există restricții de timp, se preferă scala NABC (Adams, 1984) pentru evaluarea acestor domenii, deoarece este foarte ușor de administrat.

Aceasta poate fi inclusă în pachetul de evaluare trimis părinților înaintea evaluării propriu-zise a copilului, eficientizând astfel foarte mult evaluarea clinică. Varianta CBCL pentru părinți (așa cum a fost descrisă mai înainte) conține, de asemenea, câteva scale scurte care oferă o evaluare a câtorva dintre domeniile de funcționare adaptativă, dar nu este un substitut pentru evaluarea în adâncime a problemelor copilului, așa cum o face scala Vineland sau NABC.

Evaluarea relațiilor cu colegii

După cum s-a menționat anterior, copiii cu *TOP*, mai ales cei care au comorbiditate cu *ADHD*, deseori au dificultăți în relaționarea cu copii/adolescenți de aceeași vârstă, dificultăți care sunt asociate cu probabilitatea crescută pentru persistența tulburării (Biederman și colab., 1996). În studiul copiilor cu probleme de comportament, s-au folosit mai multe metode diferite pentru evaluarea relației dintre aceștia și colegii lor, cum ar fi: observarea directă și înregistrarea interacțiunilor sociale, evaluarea sociometrică completată de colegi și de copilul investigat, precum și scale de evaluare a comportamentului social, completate de părinți și educatori. Majoritatea acestor metode de evaluare nu au norme stabilite, nefiind astfel potrivite în evaluarea clinică a copiilor cu *ADHD*. Trecerea în revistă a metodelor folosite pentru obținerea evaluărilor sociometrice efectuate de colegi poate fi găsită în alte surse (Asher și Coie, 1990; Newcomb, Bukowski, și Pattee, 1993). Pentru scopuri clinice, scalele de evaluare pot fi cele mai convenabile și mai ieftine modalități de evaluare a acestor domenii foarte importante ale funcționării copiilor. Instrumentele CBCL și BASC descrise mai înainte conțin scale care evaluează comportamentul social al copiilor. Alte trei scale care se focalizează mai ales pe abilități sociale sunt *Scala de evaluare a abilităților sociale la adolescenți Matson (MESSY; Matson, Rotatori și Helsel, 1983)*, *Taxonomia situațiilor sociale problematice pentru copii (TOPS; Dodge, McClaskey, și Feldman, 1985)*, precum și *Sistemul de evaluare a abilităților sociale (Greshman și Elliott, 1990)*.

Instrumente de auto-evaluare pentru părinți

În ultima vreme a devenit din ce în ce mai evident faptul că tulburările comportamentale ale copiilor, severitatea acestora, precum și răspunsul la intervenție sunt, în mare parte, determinate de factori care influențează atât părinții, cât și alți membri ai familiei. Așa cum s-a spus în *Introducere* și mai pe larg în Capitolul 1, unele tipuri de tulburări psihice apar cu o frecvență mai mare în cazul familiilor copiilor cu comportament deviant sau *TOP* decât în cazul copiilor și al familiilor din lotul de control. Faptul că aceste probleme pot în continuare influența frecvența și severitatea problemelor comportamentale la copiii devianți a fost demonstrat în numeroase studii efectuate în ultimii 20 de ani. Așa cum s-a discutat în Capitolul 1, izolarea socială a mamelor care au copii cu tulburări comportamentale influențează severitatea tulburărilor de comportament ale copiilor, precum și rezultatul programului de training al părinților. Alții au evidențiat faptul că psihopatologia părinților și conflictele conjugale, luate atât separat, cât și împreună, contribuie la luarea deciziei de a îndruma copilul către asistență clinică, la intensitatea conflictului în cadrul interacțiunii părinte-copil, precum și la manifestarea comportamentului antisocial al copilului (vezi Capitolul 1, Figura 1.4.). Măsura în care părinții opun rezistență în programul de training este, de asemenea, influențată de astfel de factori. Evaluarea integrității psihice a părinților devine, în felul acesta, o parte esențială a evaluării clinice a copilului dificil, în stabilirea diagnosticului diferențial al tulburării dominante, precum și în planificarea intervenției. Astfel,

evaluarea copilului în vederea comportamentelor deviante devine, deseori, mai degrabă o evaluare de familie decât o evaluare individuală a copilului. Deși spațiul alocat acestei teme nu ne permite discuția amănunțită a evaluării clinice a adulților și a tulburărilor lor, se vor menționa pe scurt câteva metode de evaluare pe care clinicianul le poate considera utile în evaluarea preliminară a unor variabile importante, care pot influența intervenția în cazul unui copil dificil.

Instrumentele care evaluează adaptarea părinților, așa cum se va vedea în cele ce urmează, pot fi completate de către părinți, în timp ce copilul lor este intervievat. De obicei, li se spune părinților că înțelegerea deplină a problemelor comportamentale ale copilului necesită aflarea a cât mai multor informații atât despre copil, cât și despre părinți. Acest lucru include și informații despre adaptarea psihologică a părinților și despre modul în care ei se percep în rolul de părinți. Scalele de evaluare descrise în cele ce urmează reprezintă una dintre cele mai importante surse de informație. Sunt relativ puțini părinți care refuză să completeze aceste scale după ce scala în sine le-a fost prezentată.

Prezența ADHD sau TOP și la părinți

Studiile făcute pe familii, despre agregarea tulburărilor psihice în cadrul rudelor (biologice) au demonstrat că, în cazul copiilor cu ADHD sau TOP, există o prevalență crescută a ADHD și TOP și în cazul părinților acestor copii (Biederman, Faraone, Keenan și Tsuang, 1991; Faraone și colab., 1993). În general, șansa ca unul sau ambii părinți ai copilului cu ADHD să aibă și el/ea ADHD este cu 40-50% mai mare (15-20% pentru mame și 25-30% pentru tați). Modul în care ADHD-ul părinților poate influența în mod specific comportamentul unui copil cu ADHD și, la modul mai general, mediul de acasă/al familiei, nu a fost încă studiat în profunzime. Adulții cu ADHD s-au dovedit a avea mai multe probleme de anxietate, depresie, tulburări de personalitate, consum și abuz de alcool, precum și probleme conjugale; ei își schimbă mai des locul de muncă și domiciliul, au un nivel de educație și un status socio-economic mai redus decât părinții fără ADHD (Barkley, Murphy și Kwasnik, 1996; Murphy și Barkley, 1996a; Shekim, Asarnow, Hess, Zaucha și Wheeler, 1990). Diversitatea și severitatea psihopatologiei părinților este mai mare în cazul copiilor cu ADHD cu comorbiditate TOP sau TC (Barkley, Anastopoulos, și colab., 1992; Lahey și colab., 1988). ADHD de intensitate mai severă pare să fie asociat cu vârsta mai mică a părinților (Murphy și Barkley, 1996b), sugerând faptul că sarcina din timpul adolescenței sau a vârstei adulte tinere este mai caracteristică părinților cu copii care au ADHD, decât celor care nu au această tulburare. Nu este greu de văzut faptul că acești factori, precum și simptomele primare de ADHD, pot influența modul în care se face managementul comportamentului copilului în familie, precum și calitatea vieții în familie în cazul acestor copii. Cercetările sugerează faptul că, în cazul în care părintele are ADHD, probabilitatea ca un copil cu ADHD să aibă și TOP crește foarte mult. Un caz clinic recent (Evans și colab., 1994) sugerează faptul că ADHD-ul părintelui poate interfera cu abilitatea acestuia de a beneficia de programul de training comportamental parental tipic. Intervenția în cazul ADHD parental (cu medicație) a dus la succese mai mari în programele ulterioare de training al părinților. Aceste rezultate preliminare sugerează și importanța stabilirii prezenței ADHD și chiar și TOP la părinții copiilor trimiși pentru evaluare din cauza aceluiași tulburări.

Recent, lista de simptome din DSM-IV pentru ADHD și TOP a fost transpusă sub forma unei scale de evaluare, cu date normative pe regiuni, stabilite pe 720 de adulți cu vârstele cuprinse între 17-84 de ani (Murphy & Barkley, 1996c). Această scală de evaluare a adulților, denumită *Scala de evaluare a comportamentului adulților* vă este oferită în Partea a III-a a acestui manual. Adulții completează această scală de două ori; prima

dată, pentru evaluarea adaptării lor comportamentale curente și, a doua oară, pentru o evaluare a comportamentului lor de pe vremea când aveau 5-12 ani. Normele pentru scorurile actuale sunt oferite în Tabelul 2.2., iar pentru cele din copilărie, în Tabelul 2.3. Pentru cotatele acestor scale, pur și simplu adunați numerele punctelor încercuite pe scală pentru fiecare item în parte și verificați în tabel pragul aferent reprezentat de 1,5 abatere standard peste medie în cazul adulților pentru fiecare variantă în parte. Itemii de *Neatenție* sunt de la 1 la 9, itemii pentru *Hiperactivitate-Impulsivitate* sunt cei de la 10 până la 18, iar pentru *TOP* itemii 19-26. Din nou, scorurile semnificative clinic pe această scală nu sunt suficiente pentru diagnosticarea cu *ADHD* sau *TOP* a părinților, dar clinicianul trebuie să fie precaut și să nu excludă în totalitate posibilitatea existenței tulburării. Dacă se adevărește suspiciunea, ar trebui luată în serios evaluarea mai profundă a părintelui și, eventual, planificarea unei intervenții pentru *ADHD* sau *TOP*, dacă se consideră că este necesar.

Utilizarea unor asemenea scale în evaluarea părinților cu copii dificili este un pas util în a stabili dacă părinții au sau nu *ADHD*. În cazul în care copilul îndeplinește criteriile de diagnostic pentru *ADHD* și scalele de evaluare a părinților dau rezultate pozitive (semnificative clinic), trimiterea părintelui/părinților pentru o evaluare mai amănunțită și, eventual, pentru stabilirea unui diagnostic diferențial, poate fi foarte utilă. În cel mai rău caz, rezultatele pozitive ale evaluării părinților pot sugera faptul că aceste aspecte trebuie luate serios în calcul atunci când se planifică intervenția și training-ul părinților.

Conflictul conjugal

Există un număr destul de mare de instrumente prin care se poate evalua conflictul dintre părinți. Scala cea mai des folosită în cercetările făcute pe tulburările din copilărie este *Scala de adaptare conjugală Locke - Wallace* (Locke și Wallace, 1959). Așa cum s-a menționat și în Capitolul 1, neînțelegerile conjugale, separarea părinților, divorțul părinților sunt probleme care apar mai frecvent în cazul părinților cu copii dificili (Patterson, 1982; Patterson și colab., 1992).

Părinții care au asemenea probleme conjugale pot avea copii care au comportamente dificile sau agresive mai severe; de asemenea, în cazul acestor părinți, programul de training poate avea mai puțin succes (vezi Capitolul 1). Evaluarea părinților în legătură cu problemele lor conjugale oferă informații clinice importante pentru terapeutul care încearcă să conceapă un program de training pentru acești părinți. Din acest motiv, clinicienii sunt încurajați să încorporeze în bateria lor de teste și un instrument de evaluare a neînțelegerilor și conflictelor conjugale.

Depresia părinților și distresul psihic general

Părinții copiilor cu comportament dificil sunt deseori mai deprimați decât părinții unor copii normali. Acest lucru poate influența receptivitatea lor la programele de training destinate acestora (Forehand și McMahon, 1981). Una dintre scalele folosite des pentru o evaluare mai rapidă a nivelului depresiei parentale este *Scala de depresie Beck* (*Beck Depression Inventory* - Beck, Steer și Garbin, 1988). Nivele ridicate de psihopatologie generală și tulburări psihice în special au fost evidențiate la părinții copiilor cu *ADHD*, dintre care mulți au ei înșiși *ADHD* (Breen și Barkley, 1988; Lahey și colab., 1988). O modalitate de evaluare a dificultăților parentale în acest domeniu este *Scala simptomelor - 90 - Revizuită* (*Symptom Checklist 90 - Revised*) (*SCL-90-R*; Derogatis, 1986). Acest instrument nu are doar o scală de evaluare a depresiei la adulți, ci și o scală prin care se

Tabelul 2.2. Mediile, Abaterile Standard (AS) și Pragul de Abatere (+1,5 AS) pe categorii de vârstă pentru scorurile însumate ADHD pentru simptomele adulte actuale stabilite pe gen

Vârstă (în ani)	Media	AS	+ 1,5 AS cut-off	N
<u>Neatenție</u>				
17-29	6,3	4,7	13,4	275
30-49	5,5	4,4	11,4	316
50 +	4,5	3,3	9,5	90
<u>Hiperactivitate-Impulsivitate</u>				
17-29	8,5	4,7	15,6	276
30-49	6,7	4,3	13,2	309
50 +	5,1	3,2	9,9	93
<u>Scor total ADHD</u>				
17-29	14,7	8,7	27,8	266
30-49	12,0	7,8	23,7	299
50 +	9,5	5,8	18,2	87
<u>Scor TOP</u>				
17-29	6,1	4,7	13,2	271
30-49	4,4	3,9	10,3	308
50 +	3,1	2,9	7,5	91

Notă. Datele au fost colectate pe un eșantion format din 720 de adulți cu vârsta cuprinsă între 17-84 de ani, voluntari aleși dintre adulții care au vizitat unul dintre cele două site-uri ale Departamentului de autovehicule, fie pentru a face o cerere nouă, fie pentru a-și reînnoi carnetul de șofer. Eșantionul a fost format din 60% bărbați și 40% femei. Media vârstei a fost de 35 ani ($\sigma = 13,2$, interval 17-84), media nivelului de educație a fost de 14,1 ($\sigma = 2,8$, interval 7-24), media la chestionarul de identificare a poziției sociale a fost 40,6 ($\sigma = 25,8$, interval 10-90). Din punct de vedere etnic, distribuția pe sexe a fost următoarea: *bărbați* - 86% albi, 5% negri, 5% hispanici, 1% asiatici, 3% alții; *femei* - 85% albi, 7% negri, 2% hispanici, 2% asiatici, 2% alții. După Murphy și Barkley (1996c). Copyright 1997 Multi-Health System Inc. Reprodus cu acordul autorilor.

pot evalua dimensiunile psihopatologiei adulte și a distresului psihic. Indiferent dacă clinicienii folosesc această scală sau alta, evaluarea distresului psihic al părinților în general și al tulburărilor psihice în particular are sens, ținând cont de efectul pe care îl pot avea asupra cursului și al implementării intervenției în cazul copilului, mai ales dacă acest lucru se face cu ajutorul părinților.

Stresul parental

Cercetările din ultimii 15 ani au evidențiat faptul că părinții copiilor care au probleme comportamentale, mai ales ai copiilor care au TOP și ADHD în comorbiditate, au un nivel mai ridicat de stres atât în cadrul familiei, cât și în calitate de părinți, în comparație cu părinții copiilor normali sau care au fost trimiși pentru evaluare, dar nu au ADHD de intensitate clinică (Anastopoulos, Guevremont, Shelton și DuPaul, 1992; Breen și Barkley, 1988; Fischer, 1990; Mash și Johnston, 1990). O metodă des folosită în astfel de cercetări constă în evaluarea acestui construct prin *Indexul stresului parental (PSI)* (Abidin, 1986). PSI original are 150 de itemi cu mai multe variante de răspuns, care pot fi cotate în așa fel încât să dea șase scoruri diferite legate de caracteristicile comportamentale ale copilului (de exemplu, distractibilitate, dispoziție etc), opt scoruri legate de caracteristicile maternale (de exemplu, depresie, sentimentul de competență parentală etc.) și două scoruri legate de evenimente stresante situaționale și de viață.

Tabelul 2.3. Mediile, Abaterile Standard (AS) și Pragul de Abatere (+1,5 AS) pe categorii de vârstă pentru scorurile însumate ale ADHD retrospectiv, pentru simptomele din copilărie

Vârstă (în ani)	Bărbați				Femei			
	Media	AS	+ 1,5 AS cut-off	N	Media	AS	+ 1,5 AS cut-off	N
<u>Neatenție</u>								
17-29	11,1	6,0	20,1	175	8,2	5,9	17,1	99
30-49	8,9	5,6	17,3	185	7,2	6,1	16,4	133
50 +	6,1	4,0	12,1	55	3,5	3,1	8,2	38
<u>Hiperactivitate-Impulsivitate</u>								
17-29	10,7	6,0	19,7	174	9,0	6,0	18,0	100
30-49	8,4	5,6	16,8	181	6,0	5,1	13,7	135
50 +	5,6	3,4	10,7	55	3,3	2,7	7,4	39
<u>Scor total ADHD</u>								
17-29	21,8	11,3	38,8	173	17,3	11,4	34,4	96
30-49	17,3	10,4	32,9	177	13,2	10,8	29,4	129
50 +	11,6	6,2	20,9	54	6,3	4,5	13,1	37
<u>Scor TOP</u>								
17-29	9,3	6,1	18,5	171	7,2	5,9	16,1	102
30-49	6,9	5,5	15,2	178	4,8	4,9	12,2	133
50 +	3,9	3,6	9,3	54	2,4	3,1	7,1	39

Notă: După Murphy și Barkley (1996c). Copyright 1997 Multi-Health Systems, Inc. Reprodusă cu acordul autorilor.

Aceste scoruri pot fi însumate în așa fel încât să dea scoruri totale pe trei dimensiuni mari, și anume: Domeniul copilului, Domeniul mamei și Stresul total.

Sumarul metodelor de evaluare

Din cele ce au fost menționate anterior, ar trebui să fie evident că evaluarea copilului dificil este un proces complex care necesită multă seriozitate, timp suficient (aproximativ 3 ore), cunoștințe profunde despre rezultatele celor mai noi cercetări și ale literaturii de specialitate, abilități foarte bune în evaluarea clinică, în selectarea problemelor relevante în raport cu cele nerelevante, precum și suficiente resurse pentru obținerea a cât mai multor informații din cât mai multe surse (părinți, copii, educatori), folosind o gamă largă de metode. În cazurile în care timpul și resursele ne permit, observarea directă a copilului dificil și a comportamentelor de ADHD specifice în cadrul orelor de clasă poate fi, de asemenea, făcută de personalul calificat din școală. Ar trebui cel puțin luată legătura prin telefon cu educatorul copilului pentru a verifica evaluarea făcută comportamentului copilului și pentru obținerea unor informații mai precise privind comportamentul copilului dificil în clasă. În afară de aceste metode, mai pot fi folosite și altele, prin care se pot investiga aspecte specifice ale problemelor care însoțesc frecvent comportamentele copiilor dificili sau cu TOP.

Implicații ale intervenției

Un protocol de evaluare prin mai multe metode a comportamentului dificil al copiilor va releva, în mod cert, o varietate mare de domenii în care apar deficite, excese

sau disfuncții care necesită intervenție clinică. Uneori, este nevoie și de o evaluare mult mai amănunțită decât aceea descrisă aici. Intervenția se va baza fără doar și poate pe domeniile care prezintă deficiențele cele mai mari, precum și pe cele considerate cauze pentru problemele cele mai mari pentru persoana care a inițiat evaluarea copilului (de exemplu, părinți, medic, educator etc.) sau pe cele care ar putea avea impactul cel mai mare asupra proceselor de adaptare actuale sau din viitor. Asemenea recomandări pentru intervenție se pot rezuma la simpla consiliere a părinților privind tulburarea identificată (în cazul copiilor care nu prezintă disfuncții) sau pot viza intervenția într-un spital, pentru cazurile în care copilul este diagnosticat cu *TOP* sau *TC* sever, cronic sau chiar și pentru cazurile foarte serioase de probleme de conduită sau de depresie. Între aceste extreme, intervențiile recomandate pot viza ameliorarea *ADHD*-ului aflat în comorbiditate, prin medicație stimulantă sau intervenții comportamentale în clasă, precum și îmbunătățirea comportamentului opoziționist al copilului dificil prin training-ul părinților, utilizând proceduri eficiente de management al copilului. Mulți copii cu comportament sfidător au probleme de relaționare cu copiii de aceeași vârstă. Aceștia ar putea beneficia de training individual sau de grup, care vizează dezvoltarea și optimizarea abilităților sociale, cu condiția ca aceste programe să fie implementate în mediul școlar sau în medii unde aceste abilități vor putea fi folosite. În cele mai multe cazuri, evaluarea va scoate în evidență nevoia folosirii intervențiilor multiple pentru copil sau chiar și pentru alți membri ai familiei. Indiferent de intervenția recomandată la începutul evaluării, reevaluările periodice prin metodele descrise mai înainte sunt absolut necesare în documentarea schimbărilor (sau a lipsei schimbării) datorate intervenției, menținerea în timp a beneficiilor obținute prin intervenție, precum și generalizarea efectelor intervenției (sau a lipsei acestora) la alte comportamente sau contexte problematice.

Probleme legale și etice

În afară de problemele legale și etice implicate în practica generală în oferirea serviciilor de sănătate mentală copiilor, există câteva probleme care pot să apară cu o probabilitate mai mare în evaluarea copiilor cu comportament dificil. Prima dintre acestea implică problema custodiei sau a tutelei copilului, în sensul că stabilește identitatea persoanei care are dreptul să ceară evaluarea copilului suspectat de devianță sau *TOP*. În multe cazuri, copii diagnosticați cu *TOP*, *ADHD* sau *TC* provin din familii cu părinți separați ori divorțați sau în care există multe conflicte conjugale între părinții biologici. Din acest motiv, clinicianul trebuie să fie foarte precaut în momentul în care vrea să stabilească legătura dintre familie și specialistul care face evaluarea, în vederea stabilirii persoanei care deține custodia legală a copilului și, mai ales, în vederea stabilirii dreptului de a solicita servicii de sănătate mentală în numele copilului. De asemenea, trebuie stabilit în cazul custodiei comune sau al unor posibile situații de divorț sau de separare, dacă părintele la care nu locuiește copilul are dreptul de a disputa trimiterea acestuia spre evaluare, dacă trebuie să își dea consimțământul pentru evaluare, dacă trebuie să apară la prima evaluare sau dacă poate avea acces la raportul final. Acest drept de a supraveghea sau a contesta serviciile de sănătate mentală se poate extinde și asupra intervenției în cazul copilului cu comportament dificil. Ignorarea acestor probleme înaintea evaluării inițiale a copilului poate duce la conflicte, frustrare sau chiar la proceduri legale între părți în ceea ce privește evaluarea. Aceste probleme pot fi evitate dacă sunt luate în considerare încă de la început. Deși aceste probleme se aplică la toate evaluările la care sunt supuși copiii, ele tind să apară mai des în familiile care solicită ajutor pentru copii cu *ADHD*.

O altă problemă care apare în toate evaluările, dar probabil mai des în evaluarea ADHD, este datoria clinicianului de a raporta agențiilor de stat orice suspiciune de posibil abuz fizic sau sexual, precum și orice formă de neglijare a copilului, depistate în cadrul evaluării. Clinicienii ar trebui să avertizeze părinții în legătură cu datoria lor de a raporta aceste situații, înaintea primei ședințe de evaluare formală. Din cauza stresului mai mare pe care îl creează copiii cu comportament dificil sau cu *TOP* părinților lor, precum și din cauza nivelului de stres mai ridicat raportat de părinți, riscul ca acești copii să fie abuzați este mai mare decât în cazurile obișnuite. Probabilitatea mai mare a ADHD-ului parental sau a altor tulburări psihice poate, de asemenea, contribui la aceste riscuri, conducând la suspiciunea și mai mare în cadrul evaluării copilului că acesta a fost sau este abuzat. Înțelegerea acestor datorii legale și aplicarea lor corectă, dar cu tact reprezintă responsabilitatea oricărui clinician implicat în oferirea serviciilor de sănătate mentală pentru copii.

Screening-ul familiilor pentru training-ul parental

Nu există un program care să asigure succesul în cazul tuturor clienților. Conștientizând acest lucru, cercetătorii au început să investigheze factorii care prezic succesul sau eșecul unui program de training al părinților (cum este și acesta), așa cum s-a discutat și în partea de introducere. Este evident faptul că acele condiții care influențează training-ul părinților vor afecta într-un fel sau altul atât succesul, cât și eșecul lor în cadrul acestui program. De exemplu, problemele psihice ale părinților pot interfera cu abilitatea lor de a achiziționa și de a utiliza informațiile oferite în acest program, uneori chiar și prin absențarea de la program. Părinții depresivi, psihotici sau dependenți de droguri, pe parcursul programului de training, vor întâmpina dificultăți în utilizarea consecventă a procedurilor necesare managementului eficient al unui copil cu probleme comportamentale, presupunând că reușesc, într-o oarecare măsură, să urmeze tehnicile învățate. În mod similar, probleme cronice de sănătate care le afectează comportamentul pot interfera într-o anumită măsură cu managementul eficient al copilului. Deși există puține cercetări în acest sens, experiența clinică sugerează că unele probleme de sănătate cronice, cum ar fi migrenele, epilepsia, sindromul premenstrual și diabetul, periclitează implementarea procedurilor de management al copilului. Câteva caracteristici parentale care s-au dovedit a fi predictorii unor rezultate slabe ale training-ului parental sunt depresia, neînțelegerile conjugale, izolarea socială a mamei și statutul socio-economic al familiei (Dumas și Wahler, 1983; Firestone și Witt, 1982; Forehand și McMahon, 1981; Strain și colab., 1981). Aceste variabile au o legătură directă cu rezultatul final al programului, în sensul în care cu cât problema în familie este mai severă, cu atât sunt mai mari șansele ca rezultatele training-ului să fie slabe. Atunci când acești factori sunt prezenți, clinicianul trebuie să decidă dacă este cazul sau nu ca mai întâi să fie rezolvate aceste probleme (dacă este posibil) și doar apoi să se înceapă training-ul.

În mod similar, unii factori care afectează copilul pot, de asemenea, periclita implementarea cu succes a programului de management al copilului. Evident, tipul și severitatea problemelor comportamentale ale copilului trebuie luate în considerare atunci când se ia decizia de a urma acest program sau unul similar. Copiii cu retard lingvistic sau mental sever s-ar putea să nu răspundă prea bine la acest program din cauza accentului mare care se pune pe complianța la comenzi și reguli verbalizate. Copiii care au o vârstă mentală sau lingvistică corespunzătoare vârstei de 2 ani pot răspunde cu succes la aceste proceduri. S-ar putea să fie nevoie de alocarea unei perioade mai lungi pentru training-ul cu părinții acestor copii, mai ales în sesiunile de activitate; însă îmbunătățirea comportamentului copilului în astfel de condiții este posibilă.

Relevanța temelor de casă și a metodelor de training

Deoarece acest program conține multe teme de casă pentru părinți, trebuie luată în considerare măsura în care aceste teme sunt realizabile în cadrul unei anumite familii, precum și dacă acestea ar trebui sau nu modificate pentru a corespunde caracteristicilor individuale ale părintelui sau ale copilului. Părinții mai puțin educați sau inteligenți au nevoie de mai puțin material pe care trebuie să îl citească, dar de mai multă modelare și mai multe explicații legate de proceduri pentru a le înțelege pe deplin. Părinții care au handicapuri senzoriale sau de alt gen s-ar putea să aibă nevoie de aparate speciale pentru a putea înregistra temele, cum ar fi utilizarea unui casetofon pentru înregistrarea temei de casă, în cazul unui părinte parțial nevăzător sau analfabet.

Modul în care este prezentată informația poate fi, de asemenea, ușor modificat, pentru a se potrivi cu aspectele unice ale situației clinice sau ale familiei în cadrul training-ului. Unii dintre părinți s-ar putea să își dorească să înregistreze ședințele de training cu scopul de a le recapitula acasă. Atât cercetarea (Webster-Stratton, 1984), cât și experiența clinică sugerează faptul că, în unele situații, prezentarea instrucțiunilor pe suport video sau unele exemple de proceduri de management al copilului pot fi eficiente în programul de training al părinților și mult mai ieftine decât training-ul individual al familiilor. În general, trebuie să fim atenți la caracteristicile individuale unice ale fiecărei familii și să adaptăm tema de casă și metoda de training corespunzătoare.

În acest sens, trebuie să decidem dacă veți utiliza training-ul parental individual sau de grup. Training-ul individual al familiei este, în mod cert, eficient, mai ales când este completat cu demonstrații *in vivo* a metodelor și le oferă părinților oportunitatea de a exersa aceste proceduri împreună cu copilul lor, sub supravegherea terapeutului. Cu ajutorul unui aparat auditiv (căști auditive), o cameră de joacă și o cameră cu geam-oglină cu vedere unilaterală, se poate observa abilitatea părinților de a direcționa, forma și întări pe loc managementul copilului.

Cu toate acestea, din cauza numărului mare de clienți pe care îi au clinicienii, nu este întotdeauna posibil un training individual al fiecărei familii. Ca urmare, uneori, este necesar training-ul de grup, atunci când între patru și opt seturi de părinți participă la training fără copiii lor. Unul dintre avantajele training-ului de grup constă în faptul că este mult mai ieftin decât cel individual. De asemenea, training-ul de grup le oferă părinților oportunitatea de a povesti experiențele avute cu copilul problematic, precum și de a-și împărtăși soluții posibile pe care le-au găsit pentru rezolvarea unor probleme. Părinții dezvoltă și un sentiment de prietenie cu ceilalți părinți din grup, ceea ce, în multe situații, poate menține motivația de a face temele de casă, mai ales atunci când trebuie să descrie la următoarea ședință succesul pe care l-au avut în implementarea metodelor. Studiile care au comparat training-ul de grup cu cel individual (Christensen, Johnson, Phillips și Glasgow, 1980) au relevat faptul că training-ul de grup este la fel de eficient ca și cel individual, în plus reduce substanțial perioada de timp pe care profesionistul i-ar aloca-o training-ului individual. Cu toate acestea, unii părinți pot fi ușor intimidați de cuplurile mai deschise, mai vorbărețe sau de cei care au mai mult succes. Unii s-ar putea să aibă nevoie de instrucțiuni individualizate ca să înțeleagă metoda așa cum trebuie. Experiența clinică pe care o avem cu acest program de training arată că nu toate familiile răspund la fel de bine la training-ul de grup. Din acest motiv, ar putea fi utilă folosirea unor metode de evaluare, prin care pot fi îndrumați părinții spre training-ul de grup sau spre cel individual. În general, părinții care au copii cu probleme severe, cei cu un nivel mai redus de educație sau de realizări economice ori cei care prezintă mai mulți factori de risc ar trebui îndrumați, cel puțin la început, spre programe individualizate de training.

În acest capitol, au fost prezentate câteva proceduri de evaluare a copiilor cu comportamente dificile sau cu *TOP*. Recomandăm o abordare care încorporează un interviu structurat, folosirea unor scale pentru evaluarea copilului cu comportament sfidător, precum și scale de auto-evaluare pentru evaluarea adaptării psihice a părinților. Unele dintre aceste metode pot fi aplicate atât înainte, cât și după terminarea programului de training al părinților, pentru evaluarea îmbunătățirii relației dintre părinți și copii. Evaluarea va releva, de asemenea, câteva caracteristici ale părinților și ale copiilor, motiv pentru care unora s-ar putea să nu li se recomande acest program, deoarece ar conduce la rezultate mai slabe. Alte caracteristici ale părinților pot influența modul în care se individualizează temele de casă în funcție de circumstanțele din familie.

CAPITOLUL 3

Considerente practice în training-ul părinților

Considerente logistice și practice în cadrul training-ului

La primul contact cu acest program de training, clinicienii pun deseori întrebări de importanță practică, cum ar fi: dacă este necesar ca și părinții să participe la ședințele de training, dacă ședințele ar trebui ținute la clinică sau acasă și cum ar trebui tratați părinții care nu își fac temele de acasă. Răspunsurile la asemenea întrebări depind foarte mult de caracteristicile familiei în cauză. Cu toate acestea, există câteva sfaturi practice care pot fi urmate.

Implicarea tatălui în training

Deși s-a observat că este util ca ambii părinți să participe la ședințe (dacă se poate, ședințele se țin după-masa târziu sau seara, la ore potrivite pentru ambii părinți), studiile arată că programul va fi unul de succes chiar și atunci când nu sunt ambii părinți prezenți la întâlniri (Adesso și Lipson, 1981; Firestone, Kelly și Fike, 1980; Martin, 1977). Trecerea în revistă a literaturii privind implicarea tatălui în programul de training (Horton, 1984) sugerează că tații pot beneficia de pe urma acestor training-uri, dar prezintă pattern-uri diferite de modificări comportamentale față de ceea ce poate fi observat la mame. Chiar dacă tații nu participă fizic la training, atâta vreme cât mamele le împărtășesc informațiile învățate în cadrul programului (îi instruiesc), comportamentul taților în managementul copilului poate fi îmbunătățit. Ceea ce pare a avea o importanță crucială este ca părintele care nu participă la training, de obicei tatăl, să îi ofere celui alt părinte suport în participarea la training și în implementarea în mediul de acasă a tehnicilor învățate în cadrul programului (Horton, 1984). Se pare că participarea tatălui la training este un element important, dar nu trebuie împiedicată participarea mamei la intervenție, în cazul în care tatăl nu poate participa.

În cazul părintelui care își crește singur copilul, acest lucru nu mai reprezintă o problemă. Cu toate acestea, în asemenea cazuri, terapeutul poate observa că părintele raportează nivele mai ridicate de stres din cauza comportamentelor inadecvate ale copilului, poate și din cauza faptului că nu are o persoană (soț/soție) cu care să împartă această „povară”. Supervizarea sau training-ul copilului poate deveni imposibilă în orele

de după-amiază din cursul săptămânii, în cazul în care părintele lucrează, lăsându-l pe copil pe seama unor bone mai puțin abile în tehnici de management al copilului, motiv pentru care în aceste cazuri succesul programului poate fi, într-o oarecare măsură, mai redus. Cu toate acestea, mulți părinți care își cresc singuri copiii cu probleme de comportament pot achiziționa cu succes și pot folosi eficient abilitățile învățate în acest program.

Training la clinică/cabinet sau la domiciliu?

Sunt puține studiile care au investigat problema dacă training-ul efectuat la clinică/cabinet este la fel de eficient ca și cel efectuat la domiciliu. Sunt studii care arată că training-ul efectuat la domiciliu nu îmbunătățește apreciabil eficiența programelor de training al părinților (Worland, Carney, Milich și Grame, 1980), în schimb mărește semnificativ costurile serviciilor oferite. Training-ul efectuat în clinică/cabinet poate fi foarte eficient, mai puțin consumator de timp, mai ieftin și la fel de eficient ca și acela efectuat la domiciliu, pentru majoritatea familiilor. Intervenția efectuată la domiciliu poate altera mediul într-un mod artificial, astfel încât să difere doar puțin de camera de joacă din cadrul clinicii/cabinet. Deși caracteristicile fizice specifice locuinței pot ajuta într-o oarecare măsură individualizarea unor metode specifice de management pentru familia respectivă, acest beneficiu este deseori anihilat de timpul și costurile mai mari implicate în deplasarea la locuința familiei respective. În acest moment, putem spune că training-ul efectuat la domiciliu ar trebui rezervat doar cazurilor foarte severe de comportamente neadecvate ale copilului, cazuri în care părinții au nevoie de eforturi suplimentare pentru a face față situației.

Training de grup sau individual?

În cazul în care programele de training parental pot fi efectuate în grup cu aceeași eficiență, această formă de intervenție este preferată celei individuale, deoarece mai multe familii pot fi tratate în același timp, cu costuri mai reduse. Din fericire, pe baza datelor obținute din studii, putem spune că majoritatea familiilor beneficiază în aceeași măsură atât de training-ul de grup, cât și de cel individual (Adesso și Lipson, 1981; Christense și colab., 1980; Cunningham, Bremner, Boyle, 1995; Webster-Stratton, 1984). Cu toate acestea, unul dintre studii arată că training-ul de grup al părinților nu este la fel de eficient ca și cel individual (Eyberg și Matarazzo, 1980), observând că părinții din aceste grupe sunt mai puțin mulțumiți decât cei implicați în training-urile individuale. Alte studii nu au găsit nicio diferență la nivel de satisfacție, între părinții implicați în training-ul de grup sau în cel individual (Webster-Stratton, 1984; Webster-Stratton, Kolpacoff și Hollonsworth, 1985). Ba mai mult, timpul și costurile presupuse de intervenție sunt de cinci, șase ori mai mici în cazul training-ului de grup față de cel individual, efectuat cu același număr de familii (Cunningham și colab., 1995; Webster-Stratton, 1984). Aceste aspecte fac ca training-ul de grup să fie luat în considerare în primul rând, atunci când se planifică o intervenție, desigur în cazurile în care nu există contraindicații. Utilizarea unor înregistrări video ca modele de abilități necesare managementului copilului (ca parte a discuțiilor de grup) poate îmbunătăți efectele intervenției, ducând la rezultate mult mai bune, în comparație cu utilizarea doar a metodei de discuții de grup (Webster-Stratton și colab., 1995). Efectuarea acestor training-uri de grup în locații speciale (școli sau centre comunitare) versus cabinete sau clinici poate, de asemenea, îmbunătăți semnificativ participarea familiilor aparținând unei minorități, precum și participarea acelor familii cu copii care se confruntă cu probleme comportamentale severe.

Managementul noncompliancei parentale

Managementul noncompliancei parentale prin metodele de intervenție nu este deloc simplu. Cum ar trebui să rezolve terapeutul problema, atunci când părinții vin la următoarea ședință fără să își fi făcut temele de casă? Făcând training cu peste 6000 de clinicieni în cadrul acestui program în ultimii 20 de ani, autorul a observat că următoarele metode pot fi utile în combaterea acestei probleme. În primul rând, trebuie să fie limpede că training-ul unor metode suplimentare nu se va putea face decât după ce se va fi rezolvat problema noncompliancei și a cauzelor care au provocat-o. Cu alte cuvinte, părinților nu li se permite să treacă la următoarea etapă a programului până nu stăpânesc destul de bine ceea ce trebuie învățat în etapa curentă. Unele familii par să aibă nevoie de mai multe săptămâni în plus față de altele, ca să treacă de la o etapă la alta a programului. În cazul familiilor implicate în training-ul de grup, se poate trece cu vederea dacă părintele nu și-a făcut o dată tema sau a lipsit de la o ședință. Familia trebuie însă să se întâlnească individual cu terapeutul pentru a recupera tema înainte de următoarea ședință. Familiile care lipsesc de mai multe ori de la ședință sau nu își fac temele de casă în repetate rânduri trebuie să întrerupă programul de training de grup și, dacă doresc, li se oferă training individual.

În al doilea rând, terapeutul trebuie să abordeze în cadrul ședințelor individuale motivele pentru care părinții nu și-au făcut temele sau au lipsit de la ședințe. Deseori, motivele sunt legitime. În aceste cazuri, ședința va fi una scurtă și li se va cere părinților să încerce să își facă tema până data viitoare. Deoarece există puține motive evidente pentru noncompliancea părinților, terapeutul va trebui să fie foarte dibace în investigarea motivației părinților pentru training sau în descoperirea evenimentelor stresante din familie, care ar putea interfera cu training-ul (cum ar fi: neînțelegeri conjugale, abuz de alcool, greutate financiară etc.). În unele cazuri, training-ul poate fi întrerupt temporar până când se rezolvă problema stresului în familie sau cât timp părintelui i se oferă o altă intervenție pentru reducerea stresului (de exemplu, depresia mamei, conflict marital etc.).

O a treia metodă de coping cu noncompliancea părinților este stabilirea unei „amenzi” (Patterson, 1982). Acești bani nu fac parte din onorariul terapeutului, ci sunt specific puși deoparte ca „amandă” în vederea motivării părintelui de a participa la program. O parte din bani poate fi dată înapoi părinților pentru fiecare temă pe care o fac bine, ca o modalitate de întărire a compliancei parentale în acest program. Unii terapeuți implementează ambele proceduri, mai ales în cazul familiilor în care motivația parentală de a participa la terapie este mai redusă decât de obicei (de exemplu, dacă se impune prin lege sau de către organe de asistență socială).

În cazurile în care noncompliancea parentală este cronică, acest lucru trebuie investigat în profunzime, iar terapia este întreruptă. Li se poate spune părinților că, în cazul în care își schimbă mentalitatea sau decid să coopereze în cadrul training-ului, se pot întoarce în terapie.

Considerente clinice și de stil

Se știe foarte bine că eforturile depuse în intervenție pot duce la succes sau la eșec, în primul rând în funcție de stilul în care sunt abordate problemele cu familia. De fapt, una dintre sursele majore de rezistență parentală față de programele de training este determinată de caracteristicile terapeutului. Terapeuții care se focalizează mai mult pe instruire și pe confruntarea părinților în cadrul training-ului pot intensifica astfel

rezistența și noncompliancea părinților față de training, spre deosebire de terapeuții care sunt mai suportivi și îi ajută mai mult pe părinți în cadrul programului (Patterson și Forgatch, 1985). Cercetările în acest sens, efectuate de Patterson și colab., la Centrul de învățare socială din Oregon, sugerează faptul că terapeuții care fac training cu părinții trebuie să se angajeze în stabilirea unui echilibru „încercând să găsească nivelul optim de instruire și confruntare pentru părinți și cupluri. Acest nivel implică doar câteva (nu prea multe) directive și confruntări necesare, pentru a-i determina pe părinți să își schimbe practicile de management al familiei”. În același timp, terapeuții trebuie să fie destul de suportivi pentru a reduce rezistența și noncompliancea părinților (Patterson și Chamberlain, 1992, p. 31). Părinții par să abandoneze intervenția mult mai des în cazurile în care sunt alocați unor stagii decât atunci când terapia este efectuată de un terapeut cu experiență.

Desigur, o mare parte a eficienței tratamentului se poate datora efectului „placebo” sau altor factori nespecfici asociați clinicianului, caracteristicilor acestuia și modului în care interacționează cu alții, precum și încrederii și entuziasmului pe care le are față de metodele pe care le folosește în intervenție. Deși sunt foarte importante, procedurile specifice de intervenție s-au dovedit a avea eficiență redusă dacă clinicianul nu poate să îi convingă pe părinți de importanța și eficiența procedurilor folosite. Aceste remarci, ca și cele pe care le vom prezenta în continuare, pot fi considerate de terapeuții cu experiență ca fiind evidente, dar ele sunt rareori menționate în lucrările științifice din acest domeniu și uneori ar putea fi trecute cu vederea și de clinicienii cu experiență. În mod cert, există diferențe între preferințele clinicienilor față de anumite stiluri de abordare a problemei. Aspectele prezentate aici sunt desigur acelea pe care le considerăm ca fiind importante și care au avut efect în intervenții anterioare. Din acest motiv, acestea ar trebui privite ca sugestii și nu ca reguli rigide care trebuie aplicate la fiecare caz.

S-a observat că stilul socratic general pentru prezentarea conceptelor și a principiilor comportamentale este cel mai eficient în cazul părinților. Această metodă pare să îi ajute pe părinți să se considere părți importante ale procesului de concepere a programului pentru managementul problemelor copilului lor și nu îi face să se simtă niște ignoranți și niște ingrați care au nevoie de expuneri, lecții și cursuri. Clinicienii care folosesc stilul socratic le pun întrebări părinților și îi îndrumă spre concluziile, conceptele sau metodele corecte, în așa fel încât părinții să creadă că ei au ajuns singuri la acele concluzii sau că cel puțin au contribuit la găsirea lor. S-a observat că această metodă lasă o impresie mai puternică, de durată, despre materialul parcurs și, probabil, menține și motivația părinților de a rămâne implicați în program. Chiar mai mult, prin această metodă se evită ideea că părinții ar fi complet ignoranți în ceea ce privește principiile de management al copilului. Cu toate că s-ar putea ca părinții să nu poată folosi terminologia științifică pentru a descrie aceste principii, ei pot uneori să descrie destul de corect procesele implicate. Desigur, sunt și situații în care este nevoie de utilizarea unui stil mai direct, mai ales în descrierea și modelarea unor metode specifice sau în descrierea temei de casă. Atunci când este presat de timp, terapeutul s-ar putea să fie nevoit să țină cursuri pentru a reuși să parcurgă materialul, însă, dacă această abordare este utilizată pe termen lung, ea are efecte negative asupra învățării materialului.

În folosirea stilului socratic ar trebui evitată, pe cât se poate, utilizarea jargonului profesional. Eforturile depuse pentru a-i învăța pe părinți terminologia psihologiei behavioriste nu garantează că aceștia au înțeles suficient de bine principiile subiacente pentru a le putea folosi și în afara programului de intervenție. Utilizarea unui jargon cu termeni de tipul „contingențele întăririlor”, „extincția” și „controlul stimulilor” este prea pedantă și restrictivă și reduce mult prea mult aria educațională și intelectuală a părinților cărora le poate fi predat materialul în acest fel. Această metodă ar putea fi considerată seacă, plictisitoare sau incomprehensibilă de către majoritatea părinților care

nu au un nivel suficient de ridicat de educație; acest lucru poate avea un efect negativ asupra complianței părinților în terapie. Nu există date empirice care să demonstreze că folosirea unui asemenea jargon ar putea îmbunătăți eficiența intervenției. În lipsa unor astfel de date, considerăm că folosirea unui jargon behaviorist mai degrabă împiedică decât facilitează învățarea metodelor de management eficient al copilului. Depinde de dumneavoastră, ca părinți, să preferați formula „lăudați periodic copilul pentru complianța la cerințele dumneavoastră” sau formula „oferiți întăriri sociale secundare, cu contingență intermitentă în funcție de apariția răspunsurilor compliante la comenzi verbale”.

Metoda socratică de predare pare să evite o problemă care apare destul de frecvent în cadrul terapiei – dependența părintelui de terapeut. Atunci când concepeți de unul singur programe comportamentale și le dați părinților să le folosească, s-ar putea ca părintele să nu reușească să achiziționeze acele abilități necesare rezolvării problemelor actuale sau viitoare ale copilului, care nu au reprezentat ținta imediată a programului. În fiecare săptămână, astfel de părinți vin la ședințele de terapie cu noi probleme sesizate, pe care vi le prezintă dumneavoastră („marele inginer al comportamentelor”), fără să înțeleagă însă principiile de bază pe care le-ați folosit în conceperea acestor programe de intervenție. O asemenea dependență va fi greu de întrerupt. Deși această problemă nu a fost studiată foarte profund, mulți clinicieni sunt de părere că părinții care înțeleg principiile și conceptele care stau la baza metodelor de management comportamental, probabil că le vor folosi mai des decât cei cărora doar li s-a prezentat metoda.

Mulți terapeuți behavioriști au observat că principiile pe care încearcă să le transmită părinților pentru a le utiliza cu copiii sunt similare celor pe care le folosesc ei înșiși în training-ul părinților. Acest lucru înseamnă că părinții pot fi lăudați și apreciați (ajutor și suport) pentru participarea lor la discuțiile din cadrul terapiei, pentru ținerea unei evidențe a comportamentelor observate și pentru implementarea metodelor de intervenție sugerate. Dezaprobarea, confruntarea, chiar și retragerea întăririlor (de exemplu, „amenda”) sunt deseori contingente cu noncomplianța părinților față de metodele sugerate, dar acestea trebuie echilibrate cu oferirea suportului și a ajutorului pe parcursul intervenției.

În cadrul fiecărei ședințe, este absolut necesar să vă opriți periodic în timpul discutării noului material și să faceți o pauză pentru a evalua dacă părinții au înțeles ceea ce li s-a prezentat. În plus, ar fi bine să cereți părerea părinților dacă aceștia cred că metoda discutată se potrivește situației și cum ar aplica-o copilului lor. Aceste discuții scot în evidență factori care pot să împiedice complianța la metodă și sugerează că metoda ar trebui modificată pentru a putea fi aplicată perfect situației familiei în cauză. Cu cât este mai mare discrepanța dintre cerințele intervenției și stilul de viață al familiei, cu atât va fi mai redusă complianța la tratament. Deși acest lucru îi poate fi evident cititorului avizat, deseori este trecută cu vederea în situații clinice, când timpul și resursele alocate sunt reduse.

Trecerea la o temă/un material nou la începutul unei noi ședințe, fără a afla ce s-a mai întâmplat de la ultima ședință sau fără a verifica dacă temele de casă au fost implementate cu succes, reprezintă un alt factor de risc. A trece cu vederea astfel de situații va duce deseori la erori care vor ieși la suprafață în următoarele ședințe, atunci când vă veți confrunta cu diverse reacții din partea clienților, inclusiv rezistența și noncomplianța. O asemenea reacție, provocată de preocuparea față de problema încă neconștientizată, poate fi plictiseala sau neatenția la ceea ce spune clinicianul. Alți clienți mai asertivi pot întrerupe ședința ca să prezinte complicația apărută, cum ar fi, de exemplu, faptul că celălalt părinte a părăsit domiciliul, că a apărut o problemă de sănătate majoră în cazul unuia dintre membrii familiei sau că realizarea temei de casă a provocat un adevărat dezastru pentru copil sau părinte. Asemenea revelații ajung

deseori să determine schimbarea cursului intervenției sau chiar întreruperea temporară a intervenției până când aceste probleme se rezolvă.

În discutarea metodelor comportamentale, nu ar trebui să uitați să le cereți părinților să le modifice și să le adapteze la nevoile specifice situației familiei. S-ar putea să aflați multe informații noi din experiența foarte mare pe care o au părinții cu copiii lor. Acest lucru este foarte bine ilustrat de un caz în care părinți au fost învățați cum să folosească o procedură de time-out în locuri publice, cum ar fi magazinele, unde nu sunt scaune sau colțuri unde copilul ar putea fi trimis în scop de izolare pentru că nu s-a comportat corespunzător. În aceste cazuri, folosirea unui carnețel pentru scrierea comportamentelor inadecvate ale copilului și conștientizarea acestui lucru din partea copilului ar putea să dea roade. Pentru fiecare comportament inadecvat scris în carnețel, copilul va trebui să stea acasă 10 minute pe un scaun în time-out. În ședința următoare, părinții au explicat că au încercat metoda, dar că i-au dat o formă destul de diferită. I-au făcut copilului o fotografie acasă în timp ce stătea pe scaun executând time-out-ul și au lipit-o în carnețelul pe care l-au luat cu ei la magazin. Înainte să intre în magazin, i-au dat copilului poza și i-au adus aminte că va ajunge în aceeași situație dacă nu se comportă în magazin așa cum trebuie. Considerăm că această invenție este atât de practică, încât de atunci o recomandăm tuturor părinților ca parte a fișelor de lucru pentru managementul comportamentelor neadecvate în locuri publice (Etapa 7. Anticiparea problemelor: managementul copilului în locuri publice). Așa cum s-a mai spus, părinții își dau seama deseori care sunt metodele comportamentale sau principiile eficiente, putând fi considerați co-terapeuți destul de buni în anumite etape ale intervenției. Credem că este de folos dacă le explicăm clar, încă de la începutul intervenției, nevoia unei astfel de colaborări. Acest lucru servește încă unui scop: părinții sunt astfel informați despre faptul că s-ar putea ca terapeutul să nu aibă toate răspunsurile la problemele copilului. Deși clinicianul este (ar putea fi) un expert în principiile și tehnicile comportamentale generale, părinții sunt adevărații experți în ceea ce privește cazul particular al propriului lor copil, al obiceiurilor, al temperamentului și al pattern-urilor de reacție ale acestuia. Este condescendent și naiv din punct de vedere profesional să pretinzi că părinții nu ar avea habar despre principiile comportamentale ale copilului. Fără integrarea informației oferite de ambii experți, terapia are șanse mai reduse de izbândă.

Este inutil să repetăm că, în timpul intervenției, terapeutul ar trebui să exprime din când în când empatie față de părinți sau față de situația actuală a familiei și, mai ales, pentru munca depusă ca programul să funcționeze bine. În acest sens, poate fi de folos recunoașterea faptului că este mai ușor de citit despre metodele descrise, dar mult mai greu de aplicat. Trebuie să le aduceți aminte în mod regulat de importanța realizării temelor de casă și de exersarea metodelor. Uneori, poate fi utilă crearea analogiilor între achiziționarea abilităților de management al copilului și achiziționarea unor noi abilități necesare pentru a cânta la un instrument muzical sau pentru a practica un sport, de exemplu. Părinții îi acordă foarte ușor terapeutului meritul pentru îmbunătățirea comportamentului copilului lor. Ar trebui să li se clarifice faptul că succesul depinde parțial de ei, de modul în care aplică metodele folosite, deoarece o unealtă nefolosită cum trebuie nu rezolvă în mod miraculos problema. Pe scurt, comportamentele prin care terapeutul îi ajută pe părinți și își exprimă suportul reprezintă o parte importantă în îmbunătățirea participării părinților la intervenție și în complianța lor la programul de training.

Programarea ședințelor

Deși ședințele de training al părinților pot fi programate în cursul unei zile obișnuite de consultații în clinică/cabient, credem că orele târzii ale după-amiezii sunt mai potrivite, deoarece astfel se încurajează și participarea taților la program, fără să pună în pericol prezența la locul de muncă, precum și a mamelor care lucrează. Training-ul familiilor individuale se face prin ședințe săptămânale care durează de obicei o oră. Training-ul de grup al părinților rămâne totuși forma preferată de intervenție. Aceste grupuri vor avea întâlniri săptămânale care durează 2 - 2,30 ore. Deși cercetările arată că training-ul în asemenea grupuri de până la 18 familii este eficient atunci când ședințele sunt ținute în locații comunitare (Cunningham și colab., 1995), în mediul clinic, mărimea cea mai potrivită a grupului nu trebuie să depășească 6-10 familii.

Decizia de a trimite o familie la terapie de grup și nu la cea individuală depinde deseori de nivelul de educație al părinților, de tipul, numărul și severitatea problemelor copilului, de nivelul de stres resimțit în familie și de atenția individualizată pe care familia trebuie să o primească. Din motive legate de costuri, poate că ar fi bine ca majoritatea sau chiar toate familiile să se înscrie la început la training-ul de grup, după care se poate face selecția pentru intervenția individualizată (a acelor familii care nu țin pasul sau care nu răspund destul de bine la intervenție).

Sumar

În acest capitol, am trecut în revistă aspectele practice implicate în implementarea clinică a programului, cum ar fi locația și formatul programului, modalități prin care se poate face față noncompliancei parentale, considerente de stil în abordarea intervenției, precum și programarea ședințelor. Recomandăm o abordare de bun-simț, pragmatică și nepretențioasă, clarificându-le astfel părinților cerințele programului și metodele specifice folosite, în timp ce terapeutul rămâne empatic și poate facilita participarea părinților la program.

CAPITOLUL 4

O trecere în revistă a programului de training al părinților

Înainte să trecem detaliat în revistă metodele specifice care vor fi prezentate în cadrul fiecărei etape a acestui program, este important să examinăm conceptele pe baza cărora sunt concepute programele de training și motivele pentru care se alege o anumită ordine în care sunt programate activitățile în cadrul fiecărei etape.

Conceptele care stau la baza training-ului pentru managementul copiilor

Mai multe principii importante ale managementului copiilor sunt încorporate în toate etapele training-ului. Ca să ne putem da seama de întreaga orientare a programului și de potențialele pe care le are, practicienii ar trebui să cunoască aceste concepte înainte să înceapă intervenția.

Consecințele să fie imediate

În cazul în care părinții doresc într-adevăr să aibă un control eficient asupra comportamentului inadecvat al copiilor lor, consecințele comportamentale, fie ele pozitive sau negative, trebuie să fie imediate. Repetați de mai multe ori faptul că părinții trebuie să ofere consecințe imediat după apariția comportamentului ținută; nu trebuie să aștepte minute sau ore ca să rezolve problema sau să recompenseze comportamentul potrivit al copilului. Din cauza stilului de viață destul de aglomerat al majorității

familiilor, cei mai mulți părinți amână să răspundă la comportamentele copilului, mai ales la cele pozitive. Deseori, părinții devin mult mai atenți la comportamentele inadecvate sau la comportamentele deosebit de intruzive. Chiar și în asemenea situații, părinții dau uneori de patru sau chiar de cinci ori comanda înainte să reacționeze la noncompliancea copilului. Pe scurt, cu cât părinții vor reuși să răspundă mai repede la comportamentele copilului, cu atât ei vor putea controla mai eficient comportamentul său manifest.

Consecințele să fie specifice

Părinții sunt, de asemenea, informați că aceste consecințe (întăriri/pedepse), mai ales cele verbale sau sociale, ar trebui să fie cât mai specifice. Atât lauda, cât și critica trebuie să se refere la comportamentul țintă și să nu fie o referire vagă, generală și nebuloasă, la copil în sine, la comportamentul său în general sau la integritatea sa personală. De asemenea, în cazul pedepselor considerate drept consecințe, acestea ar trebui să fie strict legate de comportamentul inadecvat și să nu depindă de faptul că părinții nu au răbdare sau au devenit frustrați de comportamentul țintă sau de alte episoade de comportamente inadecvate.

Consecințele să fie consecvente

În aproape toate abordările comportamentale în cadrul training-ului părinților, elementul cheie îl constituie consecvența în oferirea consecințelor, element prin care se poate dobândi un control mai mare asupra comportamentului copilului. Pentru a obține acest control comportamental, consecințele trebuie să fie consecvente în mai multe situații, de-a lungul timpului și în cazul ambilor părinți. Consecvența în mai multe situații se referă la faptul că un comportament care apare de obicei într-o anumită situație și este pedepsit (de exemplu acasă), atunci când apare și în alte contexte, trebuie, de asemenea, pedepsit (de exemplu, dacă acest comportament apare într-un magazin). Deși pot exista din când în când excepții de la această regulă, este o politică bună a părinților să răspundă la fel la același comportament al copilului, în situații sociale diferite. Acest lucru pare să difere foarte mult de practicile obișnuite ale multor părinți de a rezolva problemele, acasă sau în diverse locuri publice unde ar putea fi observați de alte persoane. Prin faptul că părinții sunt inconsecvenți în felul în care răspund la comportamentul copilului, acesta va învăța rapid care sunt situațiile în care noncompliancea lui ar putea să aibă succes.

Consecvența în timp se referă pur și simplu la faptul că standardele părinților față de comportamentele acceptabile și inacceptabile ale copilului nu ar trebui să oscileze foarte mult de la un moment la altul sau de la o situație la alta. Deși aceste standarde se vor schimba pe măsură ce copilul crește, pe perioade de timp mai mici, oferirea de întăriri/pedepse ar trebui să fie cât mai consecventă. Comportamentul copilului care este considerat inacceptabil într-o zi, nu ar trebui tolerat în altă zi sau chiar întărit în alte situații. De exemplu, pedepsirea copilului pentru că a „golit” frigiderul, doar pentru că părintele are dureri de cap, în timp ce, altă dată, același comportament este trecut cu vederea sau părintele chiar asistă la el fără să reacționeze, este o practică ridicolă, ceea ce pur și simplu va întări nerespectarea regulilor de acasă. Varianta inversă este, de asemenea, adevărată, în sensul că un comportament recompensat într-o zi ar trebui recompensat și altă dată.

Consecvența dintre părinți se referă la regulile pe care aceștia le stabilesc pentru copii și la faptul că trebuie să cadă de acord în ceea ce privește consecințele asupra copiilor, în cazul în care aceștia vor respecta regulile și ce se va întâmpla în cazul în care

nu vor respecta regulile. Destul de des, mamele rezolvă problema legată de respectarea/nerezpectarea regulilor în mod semnificativ diferit de tați, ceea ce duce frecvent la conflicte nu doar în privința stabilirii consecvenței a setului de reguli pe care copilul ar trebui să le respecte, ci și în privința relației dintre părinți.

Stabilirea unor programe de încurajare aplicabile înaintea pedepsei

Un alt concept important este acela că pedeapsa pentru comportamentele inadecvate ar trebui folosită acasă, doar după ce părinții au stabilit un program special pentru recompensarea variantei acceptabile a aceluiași comportament. Foarte mulți părinți își formulează îngrijorările legate de comportamentele copilului în termeni negativi, specificând ceea ce nu le place la copilul lor. În mod firesc, acest lucru duce în primul rând la luarea în considerare a pedepselor pentru suprimarea comportamentelor nedorite ale copilului. Astfel, pedeapsa va fi tipul cel mai frecvent de interacțiune în familie, copilul primind doar foarte rar întăriri pentru comportamentele sale acceptabile. Chiar mai mult, pedeapsa pare să își piardă eficiența în situațiile în care mediul familial este lipsit de stimulente pentru conduită potrivită. Elementul cheie în educarea părinților, prin care ei își pot reformula grijile legate de comportamentul copiilor în așa fel încât să ducă la alternative potrivite, pro-sociale, constă în găsirea stimulentei prin care se poate încuraja frecvența unor asemenea comportamente. Doar după ce aceste aspecte au fost rezolvate, se vor lua în considerare metodele de pedeapsă, prin care se pot reduce comportamentele inacceptabile ale copilului. Acest aspect este valabil mai ales în situațiile în care se învață despre pedeapsă, altfel părinții ar putea crede că terapeutul pledează pentru folosirea pedepsei ca răspuns prim pentru comportamentul nepotrivit al copilului.

Anticiparea și planificarea comportamentelor inadecvate

Clinicianul cu experiență în domeniu își poate da seama de faptul că mulți părinți reacționează impulsiv în diferite situații, la comportamentele inadecvate ale copilului. Astfel, părinții vor pierde foarte mult timp încercând să „pedepsească” comportamentul indecvat al copilului, în timp ce vor investi foarte puțin timp (poate chiar deloc) în analiza, anticiparea și prevenirea unor situații în care copilul ar putea crea probleme. Dacă părinții ar putea anticipa situațiile problematice, ei ar putea dezvolta metode prin care să reducă probabilitatea de manifestare a comportamentelor inadecvate. Poate că lipsa aparentă a anticipării este rezultatul firesc al faptului că părinții sunt copleșiți de comportamentele care par a nu fi corigibile și încearcă să anticipeze sau să se pregătească doar pentru rezolvarea unei singure probleme care apare într-o situație specifică. Sau poate că problema este generată de problemele psihopatologice ale părinților, similare cu ale copiilor lor (adică ADHD sau TOP). Astfel de părinți sunt mai impulsivi și mai imaturi decât alți părinți, exact așa cum sunt și copiii lor în comparație cu alți copii. Indiferent de motive, asemenea lipsă de planificare contribuie la multe dintre dificultățile pe care le întâmpină părinții atunci când trebuie să facă față problemelor copilului în anumite locuri specifice, cum ar fi magazine, restaurante etc. Este nevoie să se discute periodic cu părinții despre anticiparea situațiilor problematice și pregătirea unui plan de management comportamental al copilului, înainte să apară potențiala situație problematică. Acest lucru este contrar situației tipice în care se așteaptă până când apare comportamentul disruptiv, după care se încearcă rezolvarea sa, strategie care duce la ceea ce poate fi numit în managementul copilului dificil „prea puțin, prea târziu”.

Acceptarea faptului că interacțiunile din cadrul familiei sunt reciproce

Un alt concept pe care îl oferim părinților pe parcursul acestui program este acela al reciprocității interacțiunilor din cadrul familiei. Deseori, părinții au convingeri unilaterale în ceea ce privește cauzele comportamentelor problematice ale copiilor, în sensul că ei cred că fie ei ca părinți sunt în exclusivitate de vină, fie copilul este de vină. Trebuie accentuat periodic faptul că pattern-urile de interacțiune din cadrul familiei sunt foarte complexe și nu sunt încă destul de bine înțelese. Cu toate acestea, există deja indicii clare potrivit cărora comportamentele părinților față de copil, temperamentul copilului, caracteristicile și abilitățile sale fizice, precum și experiențele anterioare ale părinților cu copilul constituie în mare parte cauzele comportamentelor pe care le manifestă copiii față de aceștia (Bell și Harper, 1977; Patterson, 1982). De asemenea, comportamentul copilului depinde în parte de modul în care părintele se comportă cu acesta, de temperamentul, caracteristicile fizice și abilitățile părintelui, precum și de experiențele anterioare pe care le-au avut copiii cu părinții. Din cauza acestei influențe bidirectionale dintre părinte și copil, este greu de identificat cine este de vină în starea de conflict prezentă. Din acest motiv, în cadrul acestui program nu se va pierde timp cu învinovățirea părinților sau a copiilor pentru problemele de interacționare, lucru care nici nu ar ajuta prea mult la rezolvarea acestor probleme. În schimb, credem că atât părintele, cât și copilul sunt responsabili pentru rezolvarea problemelor existente. Că părinții sunt desemnați ca fiind elementele principale necesare schimbării este un fapt determinat mai degrabă de considerente obiective și de motivația acestora de a schimba pattern-ul de interacționare problematică, decât de încercarea de a găsi greșeli în modul în care încercau să rezolve problema.

Pe scurt, următoarele concepte generale implicate în managementul comportamentului copilului merită scoase în evidență și repetate periodic: (1) consecințele să fie imediate și specifice; (2) consecințele să fie consecvente în mai multe situații, în timp și între părinți; (3) stabilirea unor programe de încurajare înaintea implementării metodelor de pedepsire în vederea suprimării comportamentelor alternative inacceptabile; (5) anticiparea situațiilor care ar putea provoca probleme și pregătirea prealabilă a unui plan de acțiune și (6) accentuarea faptului că pattern-urile de interacțiune din cadrul familiei sunt de fapt sisteme reciproce, astfel învinovățirea fie a copilului, fie a părinților pentru aceste disfuncții nu va fi deloc constructivă.

Secvența etapelor din cadrul programului

Programul de bază al training-ului părinților are 10 etape. Conținutul programului poate fi predat ca fiind unitar cu ședințele de terapie care se termină după ultima sesiune sau poate fi integrat într-o terapie de familie care este în curs ori într-un program de consiliere a părinților conceput pentru rezolvarea altor dificultăți în cadrul familiei, a unor probleme conjugale sau personale ale părintelui. În unele cazuri, odată ce aceste etape au fost parcurse, s-ar putea să fie necesar să se treacă la alte forme de terapie pentru rezolvarea altor probleme ale copilului, cum ar fi: enurezis sau encoprezis, noncompliance la tratamentele medicamentoase, sau probleme legate de performanța școlară. În orice caz, ordinea procedurilor din cadrul acestui program de bază ar trebui să rămână neschimbată. Pentru stabilirea ordinii acestor etape s-au efectuat multe cercetări, care se bazează pe experiență clinică, și există anumite motive pentru care sunt prezentate în această ordine. Deși este posibil ca unele familii să nu aibă nevoie de toate etapele acestui program (de exemplu, datorită naturii mai puțin severe a noncompliancei copilului), tipul de training pentru care se optează ar trebui totuși să urmeze etapele

particulare, în ordinea stabilită. Justificarea pentru acest lucru este că, de vreme ce etapele ulterioare se focalizează cu precădere pe tehnicile de pedeapsă, etapele inițiale pun accent pe dezvoltarea metodelor de management al comportamentului pozitiv în cadrul familiei, dar mai ales pe folosirea unor imbolduri pentru respectarea regulilor și pentru complianța la comenzile date. Inversarea ordinii, adică învățarea mai întâi a pedepselor, poate conduce la o utilizare excesivă a acestora de către părinți pe parcursul întregului program, ceea ce ar putea determina reducerea eficienței acestor tehnici. Prin stabilirea unui mediu de acasă cu multe stimulente pentru comportamentul potrivit, introducerea ulterioară a pedepselor selective și ușoare pare să fie mai puțin anevoioasă și mai eficientă.

În cazuri de noncomplianță minoră a copilului, terapeutul poate să opteze pentru training-ul părinților doar în vederea recompensării comportamentelor adecvate și a complianței acceptabile a copilului, după care să treacă direct la metoda time-out pentru noncomplianță ocazională. În asemenea cazuri, părinții vor considera că aceste două proceduri sunt suficient de eficiente și că nu au nevoie de proceduri mai complexe de management al contingențelor sau de discuții asupra posibilelor cauze ale comportamentului inadecvat al copilului. În aceste cazuri, nici măcar procedura time-out nu trebuie să fie dramatică sau intensă așa cum este în abordarea obișnuită, deoarece asemenea nivele scăzute de noncomplianță nu necesită o intervenție atât de intensă. Din când în când, terapeutul va decide dacă este nevoie să implementeze sistemul de recompense pe bază de jetoane sau puncte, pentru a îmbunătăți folosirea întăririlor sub formă de laudă, care de multe ori este foarte eficient. Cu toate acestea, chiar și în cazuri mai ușoare, secvența etapelor rămâne aceeași – întărirea pozitivă și metodele de stimulare sunt predate primele, înainte ca procedurile de pedeapsă să fie introduse.

În cele mai multe cazuri, secvența completă a etapelor, așa cum este ea predată, este următoarea:

- *Etapa 1: De ce sunt copiii neascultători.* Scopul acestei ședințe este de a-i învăța pe părinți despre cauzele tipice ale comportamentelor inadecvate ale copiilor, despre modul în care aceste cauze interacționează și despre ceea ce pot face părinții pentru a identifica existența unor asemenea cauze la copii sau la familiile lor.
- *Etapa 2: Acordați-le atenție!* Valoarea atenției pe care o acordă părinții copiilor este destul de redusă la începutul terapiei. Scopul major al acestei etape este să instruiască părinții cum să se dezobișnuiască de metodele ineficiente și chiar dăunătoare de acordare a atenției și cum să învețe metode noi mult mai eficiente, prin care își pot manifesta atenția față de comportamentele copilului, precum și modalități adecvate de apreciere a acestor comportamente.
- *Etapa 3: Dezvoltarea complianței și a jocului independent.* Odată ce părinții dezvoltă abilități mai bune și mai eficiente prin care să își exprime atenția, acestea sunt direcționate spre îmbunătățirea complianței copilului prin a-i învăța pe părinți cum să răspundă referitor la aceasta prin recunoaștere, apreciere și laudă. De asemenea, această etapă le oferă părinților instrucțiuni despre modul în care trebuie să îi asiste pe copii chiar și atunci când aceștia nu îi deranjează pe părinți în activitățile în care sunt implicați (de exemplu, vorbesc la telefon, gătesc, stau de vorbă cu un oaspete etc.). Prin întreruperea frecventă a propriilor activități pentru a asista în mod pozitiv joaca independentă a copilului, părinții pot crește perioadele de timp în care copilul să nu îi întrerupă din propriile activități.

- *Etapa 4: Când lauda nu este suficientă:* jetoane sau puncte. Trebuie recunoscut faptul că doar lauda sau acordarea atenției sunt rareori suficiente pentru a motiva mai bine complianța la copiii care au fost trimiși pentru evaluare clinică. Din acest motiv, terapeutul le poate cere părinților să implementeze un program motivațional foarte eficient care conține o varietate mare de recompense și stimulente disponibile acasă, pentru a îmbunătăți complianța copilului la comenzi, reguli, sarcini și coduri de conduită socială din cadrul familiei. Acest program este destul de util pentru copiii cu vârstă mentală de 4 ani și mai mari. Sistemele pe jetoane sunt folosite ca simboluri pentru copii între 4 și 8 ani, în timp ce pentru cei de 9-11 ani se recomandă utilizarea „punctelor” notate într-un carnetel. Copiii câștigă puncte în funcție de complianța acceptabilă la solicitări sau comenzi și pot folosi aceste puncte ca să „cumpere” privilegii sau recompense zilnice, săptămânale sau de durată mai lungă.
- *Etapa 5: Time out-ul și alte metode de disciplinare.* În această etapă, părinții primesc instrucțiuni despre cum să folosească sistemul de puncte descris mai sus ca formă de pedeapsă sau „cost al răspunsului” (adică, amenzile/ pedepsele din programul de puncte sunt luate în considerare pentru comportamente inadecvate). Cu toate acestea, cea mai mare parte a acestei etape îi este dedicată discuției detaliate a procedurii cunoscute sub denumirea de „time-out”. Această procedură implică izolarea imediată a copilului pe un scaun, într-un colț plicticos al locuinței, imediat ce se comportă noncompliant sau inacceptabil din punct de vedere social. În această etapă, părinții pot folosi această metodă pentru unul sau două comportamente nepotrivite, utilizând amenzi în sistemul de puncte pentru managementul altor tipuri de comportament inadecvat.
- *Etapa 6: Utilizarea metodei time-out și în cazul altor comportamente inadecvate.* De îndată ce părinții au învățat să folosească eficient tehnica time-out, li se permite să extindă folosirea acesteia și pentru alte comportamente inadecvate ale copilului. Atunci când apar probleme în utilizarea metodei, cea mai mare parte a acestei etape îi este dedicată identificării problemelor în implementarea și corectarea metodei time-out.
- *Etapa 7: Anticiparea problemelor: managementul comportamentului copilului în locuri publice.* Până acum, părinții au putut aplica procedurile de intervenție în familie/la domiciliu. În această etapă, părinții sunt instruiți să folosească variante puțin modificate ale tehnicilor de management al copilului în locuri publice, cum ar fi magazine, restaurante, biserică și altele. Training-ul conține metoda cunoscută sub denumirea „gândește cu voce tare - gândește anticipat”, prin care părinții își stabilesc un plan pentru managementul comportamentelor nepotrivite chiar înainte să intre într-o clădire publică, discută planul cu copilul, după care se țin de plan în respectivul loc public. Acest plan deseori include un set de activități pozitive sau constructive, oferite copilului pentru a-l ține ocupat în situația respectivă. În perioada în care părinții sunt instruiți cum să folosească această metodă acasă, ei vor fi, de asemenea, instruiți cum să o folosească și în situațiile de tranziție din cadrul activităților casnice la care ar putea participa și copilul (de exemplu, când se așteaptă musafiri, când se trece de la joacă la efectuarea temelor de casă, performanța copilului în sarcini extinse, îmbăiere, culcare sau trecerea la alte activități majore).

- *Etapa 8: Îmbunătățirea comportamentului școlar de acasă: Fișa de evaluare a comportamentului școlar zilnic.* Această etapă este opțională și îi vizează pe acei copii de vârstă școlară la care comportamentul problematic poate să apară în mediul școlar. Deși în majoritatea cazurilor, părinții nu îi pot ajuta pe educatori în managementul copiilor lor în cadrul clasei, există totuși modalități pe care părinții le pot utiliza ca stimulente acasă, întărind astfel comportamentele școlare potrivite ale copilului. Acest lucru se face prin folosirea unei fișe de evaluare zilnică a comportamentului școlar combinată cu un program de recompense folosit acasă (de obicei, se referă la sistemul de puncte descris mai sus). În această etapă, se discută comportamentele copilului de la școală, iar părinții sunt învățați cum să folosească o fișă de evaluare a comportamentului școlar zilnic, împreună cu sistemul de recompense prin puncte.
- *Etapa 9: Managementul problemelor comportamentale viitoare.* În această etapă, părinții sunt instruiți despre cum ar putea fi utilizate aceste proceduri pentru managementul altor comportamente problematice ale copilului, care ar putea să apară în viitor. În plus, părinții pot învăța cum să conceapă un program de modificare a unui comportament, pe baza metodelor deja învățate și folosite.
- *Etapa 10: Ședințe de fixare și întâlnirile de follow-up.* Li se cere părinților să se întoarcă peste o lună pentru o ședință de fixare, pentru a putea evalua modul în care au aderat la metodele învățate, la planificarea eliminării sistemului de recompense cu puncte, în cazurile în care se pretează, și pentru a fi asistați în rezolvarea problemelor cu care se pot confrunta pe viitor. Părinții sunt atenționați asupra posibilelor recăderi sau regresii în tehnicile de management pe care le-au dobândit – întoarcerea la metodele ineficiente anterioare, în care domina pedeapsa – și sunt încurajați să folosească tehnicile de intervenție cât mai des. După aceasta, ei vor fi planificați pentru o întâlnire peste 3 luni, pentru o ședință de follow-up, în care se va evalua progresul intervenției și problemele întâmpinate (dacă este necesar, se repetă intervenția).

Secvența activităților în cadrul fiecărei etape în parte

Cu excepția primei etape, restul etapelor urmează un pattern standard al evenimentelor. Indiferent dacă training-ul este unul individual sau de familie, fiecare etapă începe cu verificarea temei de casă date săptămâna anterioară, precum și a oricăror evenimente pe care familia ar vrea să le discute cu dumneavoastră sau cu grupul. Problemele care pot să apară în implementarea instrucțiunilor anterioare vor fi discutate și rezolvate. Dacă părinții nu își fac temele de casă în training-ul individual al familiei, atunci se discută problema, iar părinții vor trebui să refacă tema de casă pentru săptămâna următoare. Dacă se întâmplă acest lucru, nu se va mai discuta niciun material nou în ședința respectivă. În formatul de training de grup, terapeutul va planifica o ședință individuală separată cu familia care nu și-a făcut tema de casă, problema fiind astfel discutată în privat, și se va stabili dacă aceștia pot continua training-ul sau nu. Cu toate acestea, familia va rămâne în grupul respectiv până la sfârșitul ședinței. Dacă temele au fost efectuate într-un mod satisfăcător, se predă materialul și conceptele noi, vor fi introduse noile metode, indiferent de formatul de predare (individual sau de grup). În situațiile potrivite, puteți modela sau prezenta demonstrațiile acestor metode. Unii terapeuți pot apela la demonstrații înregistrate (video) ale tehnicilor de îmbunătățire a metodelor folosite de părinți (vezi Webster-Stratton, 1984; Webster-Stratton și colab., 1989).

În cazul în care training-ul se face individual, cu o singură familie, se încurajează în această parte a sesiunii exersarea metodelor predate. Părintele și copilul pot intra într-o încăpere de joacă unde cei doi pot exersa metoda sub supravegherea dumneavoastră (a terapeutului), de obicei folosind o fereastră-oglină cu vedere unilaterală. De asemenea, în acest scop, se poate folosi orice fel de transmițător. De obicei, se folosește un transmițător sau un microfon instalat în camera de observare care leagă printr-o antenă camera de joacă de camera alăturată de unde se face observarea. Părintele primește feedback imediat în timpul exercițiului, printr-un mic receptor purtat de acesta, prin care primește transmisiuni vocale din camera alăturată camerei de joacă. În cazul în care nu dispuneți de asemenea aparate, observarea părintelui și a copilului în cabinetul dumneavoastră timp de 15 minute și discutarea ulterioară cu părintele despre impresiile dumneavoastră cu privire la performanțele lui pot, de asemenea, îndeplini scopul propus. După aceasta, puteți discuta orice problemă cu care părintele crede că se va confrunta în implementarea tehnicii învățate acasă în cursul săptămânii următoare. În cazul intervenției de grup, nu se va trece deocamdată la exersarea tehnicilor învățate. În schimb, discuțiile de grup despre aceste metode sau despre orice altă problemă pe care o poate anticipa fiecare familie în implementarea procedurii în cadrul familial ar trebui să devină aspecte-cheie ale activității de grup în această fază a intervenției.

În continuare, se dau teme pentru săptămâna care urmează și se rezolvă problemele legate de acestea. În cadrul fiecărei sesiuni, părinții sunt lăudați, încurajați și li se oferă foarte des feedback pentru participarea lor la discuții, pentru complianța lor la instrucțiuni și pentru efectuarea temei de casă, ca și pentru cooperarea lor în programul de training în general.

Sumar

Acest capitol descrie conceptele și principiile cele mai importante pe care se bazează intervenția, precum și cele 10 etape ale programului și ordinea în care acestea vor fi implementate. Se pune accent pe alegerea unui pattern specific de training. Pentru a crește eficiența programului ca întreg, este crucială ordinea în care sunt efectuate etapele. De asemenea, se prezintă și o metodă prin care puteți organiza materialul pe care urmează să îl predați pe parcursul fiecărei etape în parte.

PARTEA A II-A

Ghidul terapeutului pentru implementarea programului de training

Această parte a manualului oferă indicații pentru implementarea fiecărei etape a programului de training pentru părinți. În cadrul fiecărei etape, se precizează scopul etapei, se oferă un rezumat al celor mai importante concepte prezentate în cadrul fiecărei ședințe, precum și instrucțiuni specifice pentru implementarea etapei respective. Înaintea începerii ședințelor cu un caz/pacient nou, ar fi bine să recapitulați secvența activităților pentru fiecare ședință în parte, așa cum sunt acestea descrise în capitolul 4 al primei părți din acest manual. De asemenea, veți vedea cât de utilă este parcurgerea, înaintea implementării, a rezumatului fiecărei etape, deoarece astfel vă puteți asigura și verifica dacă ați parcurs împreună cu părinții toate informațiile relevante. Fișele pentru părinți care însoțesc fiecare etapă sunt incluse în partea a IV-a a acestui manual. Fiind incluse în program, aceste fișe pot fi xeroxate în funcție de nevoi și distribuite clienților dumneavoastră.

Etapa 1

De ce sunt copiii neascultători

Obiective:

1. Informarea părinților despre cauzele comportamentului dificil al copiilor;
2. Îndemnarea părinților de a identifica factorii sau cauzele din familie care contribuie la existența comportamentului dificil;
3. Încurajarea părinților de a căuta remedii pentru cauzele comportamentului noncompliant din cadrul familiei, care pot fi schimbate.

Materiale necesare:

- Chestionarul de evaluare a situațiilor de acasă;
- Scala de evaluare a comportamentelor disruptive – Varianta pentru părinți;
- Fișe de lucru pentru părinți pentru Etapa 1;
- Profilul copilului și caracteristicile părinților;
- Chestionarul de evaluare a problemelor din familie;
- Diagrama interacțiunii opoziționist - sfidătoare.

Sumarul etapelor:

- Treceți în revistă evenimentele care au avut loc în urma evaluării;
- Scurta re-evaluare a comportamentelor disruptive ale copilului (scale de evaluare);
- Discuții deschise cu părinții despre cauzele comportamentului neadecvat;
- Prezentarea unui model pentru a înțelege comportamentul neadecvat al copilului:
 - Caracteristicile copilului;
 - Caracteristicile părinților;
 - Consecințe situaționale;
 - Evenimente stresante din familie;
 - Interacțiunea acestor factori.
- Scopul intervenției: conceperea unei „ajustări optime” între părinte, copil și circumstanțele din familie;

- Unele „handicapuri” sunt comportamentale: nevoia unui mediu social protetic, în cazul în care ADHD-ul apare ca tulburare comorbidă.

Temă de casă:

- Chestionarul de evaluare a problemelor familiale
- Securizarea locuinței pentru siguranța copilului.

Treceți în revistă evenimentele petrecute după evaluare

Începutul fiecărei ședințe este de fapt o oportunitate, în care părinții ar trebui să descrie orice eveniment semnificativ care a apărut de când (părinții) s-au întâlnit ultima dată (în cadrul intervenției) cu terapeutul. În cele mai multe cazuri, aceasta ar putea coincide cu prima evaluare clinică a copilului. În alte cazuri, familia poate fi implicată în ședințe de terapie, având ca scop primar trecerea directă la dezvoltarea abilităților necesare managementului copilului. Deoarece fiecare ședință începe cu o scurtă recapitulare a evenimentelor anterioare, pe parcursul acestui program nu vom insista de fiecare dată asupra descrierii ei amănunțite.

Re-evaluarea comportamentelor dificile ale copilului

Ca să se poată monitoriza reacția familiei la training-ul parental, recomandăm clinicienilor să administreze două scale de evaluare a comportamentului copilului din trei în trei ședințe, începând de la prima ședință (Ședințele 1 – 4 – 7 – și prima ședință de fixare). Cele două scale care ar trebui administrate sunt incluse în Partea a III-a a acestui manual: (1) *DBDRS – FP* și (2) *SESA*. Aceste scale pot fi completate foarte repede și oferă informații despre tipul, severitatea și frecvența problemelor comportamentale ale copilului. Aceste informații îl ajută pe terapeut să direcționeze discuția cu părinții, contribuind și la eficientizarea intervenției. Cercetările au evidențiat faptul că terapeutul se poate aștepta la un declin al severității evaluărilor obținute la prima utilizare a scalelor, în cadrul evaluării primare a copilului și la începutul training-ului (Etapa 1). Aceste efecte sunt obișnuite, iar dacă nu sunt detectate în acest fel, ar putea fi atribuite în mod eronat rezultatelor intervenției. Administrând din nou cele două scale înaintea începerii formale a training-ului parental, rezultatul obținut devine nivelul de bază cu care se va compara mai acurat eficiența terapeutică a intervențiilor în cazul unei familii particulare. Astfel, faceți 5 seturi de copii xerox ale celor două scale, pe care să le aveți la îndemână în portofoliul părinților. Părinții vor fi rugați să le completeze periodic, pe parcursul training-ului din cadrul ședințelor menționate anterior.

Discuții deschise despre păreriile părinților privind cauzele comportamentelor neadecvate

Deși discuția despre cauzele comportamentelor neadecvate ale copilului, ca și oferirea unui cadru teoretic adecvat care să explice mecanismele implicate, va deveni unul dintre scopurile majore ale acestei ședințe, este utilă și evaluarea percepției pe care o au părinții în legătură cu motivele pentru care copiii dezvoltă probleme comportamentale semnificative. La început, ar trebui să invitați părinții să discute deschis despre factorii care cred ei că ar putea fi cauza comportamentelor neadecvate ale copiilor. Acestea ar trebui notate de terapeut, pentru a putea fi încorporate într-un model care să poată oferi o explicație comportamentului neadecvat al copilului; acest model va fi prezentat ulterior. Din experiența practică, putem spune că părinții identifică destul de repede „nevoia de atenție” ca fiind o cauză majoră a comportamentelor disruptive ale copilului. Deși aceste păreri sunt corecte în majoritatea cazurilor, după cum veți vedea mai târziu, interacțiunile coercitive apar mai degrabă deoarece copilul învață să evite ceea ce-i cer părinții să facă (întărire negativă), decât din cauza faptului că acești copii ar dori să primească mai multă atenție din partea adulților. Unii părinți se vor auto-învinovăți, considerând drept cauza majoră a noncompliancei copilului faptul că ei ar fi niște „părinți răi”. Deocamdată, notați aceste comentarii, însă reveniți asupra lor când veți discuta modelul comportamentului neadecvat al copilului. În acel moment, încercați să evidențiați complexitatea cauzelor comportamentului neadecvat.

Un model pentru înțelegerea comportamentelor neadecvate ale copiilor

Deșicercetările efectuate în cadrul psihopatologiei dezvoltării și a comportamentelor disruptive din copilărie (vezi Capitolele 1 și 2) au identificat un număr foarte mare de factori care pot cauza comportamentul neadecvat al copiilor, aceștia pot fi grupați în patru factori majori, facilitând astfel procesul de predare/învățare pe parcursul training-ului.

Caracteristicile psihice ale copilului

Unii copii se nasc cu anumite predispoziții pentru dezvoltarea comportamentelor disruptive specifice și pentru psihopatologie în general. Asemenea copii pot avea o predispoziție înăscută spre tulburări de gândire, comportament psihotic, întârzierea dezvoltării intelectuale, precum și deficit de atenție, impulsivitate și hiperactivitate, ca să menționăm doar câteva. Alții copii par să aibă probleme de temperament care duc la conflicte cu persoanele din jurul lor (îngrijitori), chiar din primele etape ale procesului dezvoltării. În acest caz, termenul de „temperament” se referă la nivelul de activare, câmpul general de atenție, emotivitatea și iritabilitatea, sociabilitatea, răspunsul la stimulare și regularitatea obișnuințelor copilului.

În această etapă a intervenției, ar trebui să le oferiți părinților prima fișă de lucru, pentru a putea urmări discuția (fișele de lucru pentru părinți, pentru fiecare etapă în parte, le puteți găsi în partea a patra a acestui manual. Instrucțiunile nu vor fi repetate în etapele ulterioare). Nu uitați să menționați că aceste aspecte ale temperamentului par să fie în mare măsură caracteristici înăscute care pot fi relativ ușor identificate încă din primele 6 luni de viață și care sunt stabile în timp. Fiecare dintre aceste caracteristici va fi explicată pe scurt, după care le veți cere părinților să încerce să identifice și să

noteze pe fișă dacă regăsesc aceste caracteristici la copilul lor. Părinții pot evalua fiecare caracteristică pe o scală de la 1 la 10 (1 – de intensitate slabă sau nu reprezintă probleme; 10 – de intensitate mare sau reprezintă probleme severe).

Printre caracteristicile copilului, care pot contribui la dezvoltarea unei interacțiuni tensionate dintre copil și părinte și care pot fi factori de risc pentru apariția conflictelor cu alte persoane, se numără și starea de sănătate a copilului (sau problemele medicale cronice), dizabilitățile fizice, unele întârzieri în dezvoltare, precum și anumite dificultăți de control al impulsului. Toate aceste aspecte ar trebui discutate pe scurt cu părinții, ajutându-i în acest fel la înțelegerea motivelor pentru care apar conflicte între copil și membrii familiei sau persoanele din afara familiei.

În fișa de lucru, termenul „câmp atențional” se referă la durata medie a perioadei pe care copilul o petrece implicat în privirea, ascultarea, manipularea unor stimuli din mediu. Mai specific, persistența copilului într-o sarcină poate fi un marker important al auto-controlului ulterior sau ADHD-ului, acesta din urmă fiind deseori caracterizat printr-un nivel redus de atenție sau distractibilitate. În acest context, termenul de „nivel de activare” se referă la un nivel specific de activitate motorie a copilului. Termenul de „probleme de comportament social” se referă la interesul pe care copilul îl manifestă față de alte persoane, comparativ cu interesul manifestat față de obiecte. Alte aspecte care se referă la sociabilitatea copilului sunt contactul vizual, inițierea interacțiunii cu alte persoane și considerarea faptului că într-o anumită situație este mult mai important să interacționezi cu alte persoane decât cu diverse obiecte. Mai specific, modul în care reacționează copilul la feedback-ul social pe care îl primește este un element important al acestui construct.

Problemele emoționale și iritabilitatea ar trebui discutate, ținându-se cont de răspunsul copilului la stimulare. Nivelul general de reacție al copilului la zgomot; stimularea tactilă, auditivă sau vizuală; mișcările altor persoane etc. sunt factori importanți care trebuie luați în considerare. Unii copii se retrag chiar și în cazul stimulării slabe din partea mediului înconjurător. Aceștia sunt destul de defensivi din punct de vedere senzorial sau excesiv de sensibili la stimulii din mediu. Alți copii pot să înceapă să plângă sau să devină iritați atunci când sunt stimulați. În schimb, există copii care caută stimuli, încercând să găsească aspecte noi ale mediului și, în unele cazuri, chiar le face plăcere să primească stimuli slabi din partea altor persoane. Consecvența obiceiurilor biologice ale copilului, cum ar fi mâncatul, somnul și pattern-urile de micțiune și defecație pot și ele determina regularitatea obiceiurilor, aspect care ar trebui, de asemenea, discutat. Unii copii sunt agitați sau mofturoși, fac colici cu ușurință, în general dorm mai puțin decât ar trebui și au pattern-uri neregulate de micțiune și defecație. În mod evident, aceste aspecte pot reprezenta surse suplimentare de tensiune pentru îngrijitori, atunci când încearcă să stabilească o „rutină zilnică” a sugarului sau a copilului mic. Problemele emoționale și iritabilitatea pot fi, de asemenea, repere în stabilirea reacțiilor emoționale ale copilului în confruntarea cu diferite evenimente din mediu. Cât de repede sau cât de ușor poate un copil să reacționeze emoțional? Unii copii sunt în general iritabili, plâng des, sunt greu de consolati, reacționează emoțional foarte repede și deseori aceste reacții sunt extreme.

Explicați-le părinților că aceste trăsături ale copiilor se pot suprapune, se pot grupa într-o imagine de ansamblu asupra temperamentului general al copilului (de la foarte plăcut, la foarte dificil). Cu cât temperamentul copilului se abate mai mult de la normal, cu atât crește șansa apariției conflictului cu părintele. Aceste conflicte copil-părinte vor fi mai intense în cazul celui părinte care îi adresează zilnic solicitări/comenzi copilului. Aceste solicitări zilnice vor scoate la iveală aspectele negative ale temperamentului copilului. Acest lucru ar putea duce la o percepție mult mai negativă a acestui părinte privind managementului copilului său, comparativ cu părintele care trebuie să

gestioneze mai rar comportamentele neadecvate ale copilului. Nu este greu de imaginat cum poate conduce acest lucru la conflicte conjugale, în situațiile în care, în majoritatea cazurilor, doar unul dintre părinți (același părinte) este bombardat de aspectele negative ale temperamentului copilului.

De asemenea, nu este greu de imaginat nici modul în care aceste caracteristici ale copilului pot duce la conflicte cu alți adulți și cu comunitatea în care trăiește copilul. Într-o societate în care se încurajează un nivel de activitate controlat, bine-direcționat; atenție susținută, reacții emoționale gestionate acceptabil, nivele normale de sociabilitate; nivele normale de curiozitate direcționată, precum și regularitatea predictibilă a obiceiurilor, facilitează activitățile implicate în îngrijirea copilului. Un copil sau un sugar care prezintă abateri serioase de la aceste norme este sortit să aibă mari dificultăți sociale și de adaptare în familie, indiferent de cum sunt părinții. Pe scurt, încă de la naștere, unii copii cu temperament negativ au șanse mari să aibă conflicte sau să contribuie la apariția conflictelor în mediul lor social. Prin aceste evaluări, veți încerca să determinați dacă copilul în cauză ar putea fi un asemenea copil și să îi determinați pe părinți să ia în considerare această posibilitate. În principiu, cele de mai sus evidențiază faptul că părinții nu sunt 100% responsabili pentru conflictul care poate să apară între ei și copil.

Caracteristicile fizice reprezintă un alt factor care îl pot predispuce pe copil la comportamente neadecvate. Fizionomia, coordonarea motorie, puterea și rezistența fizică, vigoarea și abilitățile fizice generale ale copilului sunt factori care determină într-o oarecare măsură modul în care ceilalți vor reacționa față de acesta, cel puțin la început. Un copil care nu este atrăgător, nu își poate coordona mișcările, este slab, nu are vigoare sau diferă în general de ceilalți, mai ales în ceea ce privește abilitățile fizice, ar putea avea la început mai puține interacțiuni pozitive, ar putea provoca neintenționat stricăciuni, ar putea participa neadecvat la jocul celorlalți copii și ar putea avea probleme în unele domenii academice (de exemplu, la scris/caligrafie). Asemenea probleme nu duc doar la un feedback negativ sau la antipatie inițială ori chiar la respingerea copilului sau la ostilitate față de acesta, ci pot afecta și stima de sine a copilului și dorința lui de a fi acceptat de membrii familiei, de prieteni și societate. Simplul fapt că un copil se poate asemana cu un membru al familiei care a fost considerat antipatic (de exemplu, un fost soț) poate afecta în mod foarte subtil tipul și modul de interacționare dintre acesta și ceilalți membri ai familiei (în acest caz, mama).

În cele din urmă, *abilitățile de dezvoltare* ale copilului pot fi, de asemenea, surse de risc pentru probleme comportamentale. Asemenea caracteristicilor fizice, abilitățile de dezvoltare influențează modul în care ceilalți îl percep pe copil și modul în care vor interacționa cu el în continuare. De exemplu, o ușoară întârziere în dezvoltarea abilităților verbale sau o exprimare verbală deficitară, un nivel de inteligență mai redus decât al mediei sau o coordonare vizuo-motorie slabă pot duce la o acceptare socială redusă, la tachinare sau la alte forme de interacționare socială neadecvată. De asemenea, astfel de întârzieri pot afecta abilitățile copilului de a rezolva probleme, de a înțelege și de a răspunde la solicitările părinților, abilitățile de a învăța comportamente adecvate sau controlul emoțional. Aceste neajunsuri vor duce la conflicte cu cei care au grijă de copil și cu alte persoane cu care interacționează copilul. Cereți-le părinților să dea exemple din fiecare domeniu de dezvoltare menționat anterior, de caracteristici speciale pe care le-au observat și care ar putea afecta comportamentul social al copilului sau comportamentele față de copil, precum și despre gradul de acceptare a acestuia de către ceilalți.

În această etapă, rugați părinții să-și descrie pe scurt copilul din punctul de vedere al fiecărui domeniu de dezvoltare, pentru a putea identifica factorii deja existenți care pot predispuce copilul la adoptarea unor comportamente neadecvate. Folosiți Fișa pentru profilul caracteristicilor copilului, care este inclusă în partea a patra a acestui manual.

Caracteristicile părinților

În continuare, ar trebui să discutați cu părinții despre faptul că și caracteristicile lor pot influența dezvoltarea și menținerea comportamentelor problematice ale copilului. Urmând schema caracteristicilor inclusă în descrierea comportamentelor problematice ale copilului, discutați cu părinții despre posibilitatea ca și ei să aibă unele predispoziții înnăscute spre tulburări psihice, caracteristici temperamentale, trăsături sau dizabilități fizice sau întârzieri de dezvoltare care ar putea fi factori de risc și care ar putea contribui la problemele comportamentale ale copilului. Aceste caracteristici pot avea un efect negativ asupra consecvenței și a eficienței cu care părinții reușesc să monitorizeze comportamentele neadecvate ale copilului. În principiu, aceleași dificultăți care pot afecta comportamentele copilului, în domeniile descrise mai sus, pot fi întâlnite și la unii părinți.

Încurajați părinții să ofere caracteristici specifice în cadrul categoriilor despre care cred că ar putea contribui la problemele cu care se confruntă atunci când încearcă să facă managementul comportamentelor copilului, mai ales în cazul celor relaționate cu tulburările de comportament. După aceasta, rugați-i pe părinți să completeze Fișa pentru profilul caracteristicilor părintelui care poate fi găsit printre fișele de lucru ale acestui manual. Prin evaluarea profilului părinților și al copilului, se încearcă conștientizarea părinților cu privire la „ajustarea” dintre propriile lor caracteristici și cele ale copilului, ca și identificarea aspectelor în care ar putea să apară conflictul dintre părinți și copil. De asemenea, părinții se pot strădui să își modifice propriile caracteristici (desigur, cele care pot fi modificate) sau să încerce să le monitorizeze, în așa fel încât să nu împiedice managementul problemelor copilului. Așa cum trecerea în revistă împreună cu familia a caracteristicilor copilului poate sugera faptul că un conflict între familie și copil nu se datorează în exclusivitate părinților, la fel și trecerea în revistă a caracteristicilor părinților poate sugera că un asemenea conflict nu se datorează exclusiv copilului.

Consecințe situaționale

Printre factorii cei mai importanți care contribuie la tulburările copilului se află și consecințele pe care le suportă familia atunci când copilul nu se comportă adecvat. De fapt, prin aceste consecințe (mai ales prin cele raportate de părinți), operează și ceilalți factori ai acestui model. Caracteristicile părinților și evenimentele stresante din familie se pare că afectează în mod direct abilitatea părinților de a aplica consecvent consecințele, potrivite și eficiente în managementul comportamentului copilului. În plus, caracteristicile copilului afectează fără doar și poate modul în care copilul reacționează la aceste încercări de management al comportamentelor problematice, afectând indirect întărirea/pedepsele la care vor recurge părinții pentru a face față reacțiilor copilului.

Menționați-le părinților despre copii că aceștia nu se comportă într-un fel sau altul fără motiv – altfel spus, comportamentul copilului nu apare întâmplător, ci este un răspuns specific determinat de predispoziția copilului de a reacționa într-un anumit fel (caracteristicile descrise mai sus), de stilul de învățare din cadrul familiei și de consecințele care apar în situațiile care determină apariția comportamentelor problematice. Procesele prin care operează aceste consecințe pot fi împărțite în două concepte fundamentale: întărirea pozitivă și întărirea negativă. Aceste procese au fost discutate în Capitolul 1 al acestui manual și ar trebui discutate în această etapă a intervenției, împreună cu părinții, într-un limbaj adecvat.

În principiu, părinții sunt informați asupra faptului că majoritatea copiilor se comportă neadecvat pentru a obține consecințe pozitive sau recompense ori pentru a evita activitățile neplăcute, plictisitoare sau dificile. Părinților li se cere să descrie

tipurile de consecințe pozitive care pot să apară în urma comportamentelor neadecvate ale copiilor. Cei mai mulți părinți reușesc să ofere o listă destul de corectă și completă a unor asemenea consecințe, însă ar putea întâmpina dificultăți în generarea unei liste de consecințe pe care copiii ar putea dori să le evite, situație în care este nevoie de ajutorul dumneavoastră. Evidențiați faptul că atunci când le dăm copiilor sarcini, majoritatea nu sunt activități tocmai pe placul lor, deseori necesitând efort susținut sau întreruperea activității actuale a copilului (care, de obicei, este o activitate plăcută), ca să poată îndeplini activitatea „neplăcută”. Ca urmare, copiii ar putea încerca mai multe modalități prin care să scape de sarcină sau măcar să o evite, mai ales prin manifestarea unor comportamente opoziționiste față de solicitările părintelui. Ar fi util să prezentați diagrama schematică a interacțiunii opoziționist-sfidătoare, descrisă în Capitolul 1 (vezi Figura 1.2.), precum și fișa pe care v-o oferim în partea a patra a acestui manual, care poate fi fotocopiată. Descrieți detaliat diagrama, astfel încât părinții să poată înțelege modul în care consecințele (întăriri/pedepse) date de ei comportamentelor opoziționiste ale copiilor duc la învățarea și la menținerea acestor comportamente, mai ales prin succesul periodic pe care îl au copiii în evadarea din activitățile nedorite impuse de părinți.

Explicați-le părinților că nu este nevoie ca aceste comportamente neadecvate ale copilului să aibă întotdeauna succes pentru a evita activitățile neplăcute, ca să dezvolte comportamente disruptive, opoziționiste pentru cele mai multe comenzi ce i se dau. Acesta este principiul întăririlor intermitente și, așa cum știu și terapeuții, asemenea consecințe pot (parțial) întări și menține noncompliance la copii chiar și în cazurile în care copilul doar rareori are succes cu asemenea comportamente. Așa cum s-a menționat mai înainte, terminologia psihologiei behavioriste nu este tocmai limbajul cel mai potrivit în training-ul parental. Se recomandă utilizarea unui limbaj obișnuit și specificați de mai multe ori faptul că succesul periodic al copilului poate juca un rol important în menținerea comportamentelor neadecvate ale acestuia. Uneori, poate fi foarte utilă analogia cu jocul de noroc al adulților și cu modul în care dependența de acesta se menține prin câștiguri periodice mici. Utilizarea jargonului profesionist nu este atât de important, pe cât este oferirea unor explicații clare privind conceptele utilizate.

Evenimente stresante în cadrul familiei

Acum puteți discuta împreună cu părinții despre nu număr mare de evenimente stresante prin care poate trece o familie. Acestea pot fi împărțite în evenimente stresante relaționate cu probleme personale, neînțelegeri conjugale, probleme de sănătate, probleme financiare, problemele de serviciu ale unuia dintre părinți, probleme cu rudele sau cu familia, probleme create de ceilalți copii din familie.

Părinții trebuie să conștientizeze faptul că aceste evenimente stresante pot acționa în diferite feluri, mărinđ probabilitatea de apariție a comportamentului noncompliant și/sau neadecvat al copilului. În primul rând, deoarece aceste evenimente stresante afectează direct starea de bine emoțională a părinților, vor afecta, de asemenea, și eficiența și consistența cu care aceștia vor face față comportamentelor neadecvate ale copilului. Consecvența cu care părinții aplică metodele de management al comportamentelor nedorite fluctuează mai mult în situații stresante decât în mod normal. Unii părinți pot crește numărul solicitărilor, supervizarea și pedepsele pe care le vor primi copiii din cauza propriei lor iritabilități. Alți părinți pot reduce efortul depus în managementul comportamentului copilului, datorită preocupării față de evenimentul stresant, precum și anxietății și depresiei care pot acompănia aceste stări. În orice caz, managementul copiilor devine mult mai variat și mai puțin predictibil, astfel favorizând comportamentele

opozitioniste ale copilului, prin care acesta încearcă să evite sau să scape de sarcinile neplăcute ori dificile.

Un al doilea mod prin care stresul din familie poate afecta comportamentul nepotrivit al copilului este modificarea percepțiilor pe care le au părinții față de copil sau față de comportamentele acestuia. Părinții deprimați, anxioși sau stresați au tendința de a exagera problemele comportamentale ale copiilor. Astfel de părinți percep comportamentele neadecvate ale copiilor ca fiind mult mai severe decât sunt într-adevăr, deoarece ei înșiși sunt mai stresați de aceste evenimente din cauza stării lor mentale. În cazul în care aceste percepții influențează reacția părinților față de comportamentul copilului (ceea ce de obicei se și întâmplă), ei vor reacționa ca și atunci când comportamentul copilului ar fi extrem de deviant sau inacceptabil, ceea ce nu este cazul. În aceste cazuri, părinții, vrând-nevrând, vor ajunge să pedepsească și comportamentele normale și acceptabile ale copilului; vor crește numărul comenzilor, se va intensifica directivitatea și negativismul general față de copil; de asemenea, vor începe să folosească cuvinte cu încărcătură negativă pentru a descrie caracterul și/sau personalitatea copilului, ceea ce ar putea afecta nu doar comportamentul, ci și stima de sine a copilului. Pe scurt, asemenea părinți pot avea reacții exagerate la comportamentele ușor neadecvate ale copiilor. Acestea pot duce ulterior la apariția comportamentelor dificile ale copilului, confirmând, astfel, percepția inițială (distorsionată) a părinților asupra comportamentelor deviante ale acestuia.

Un al treilea mod în care stresul din familie poate spori comportamentul neadecvat al copilului este prin acțiunea directă asupra stării emoționale și a stării de bine a copilului. Și copiii pot deveni preocupați de evenimentele stresante din familie, ceea ce poate crea anxietate, depresie și distres. Aceste aspecte pot spori probabilitatea cu care copilul va manifesta comportamente negative, opozitioniste sau noncompliance.

Trebuie să îi ajutați pe părinți să înțeleagă rolul pe care îl joacă stresul din familie în dezvoltarea și exacerbarea comportamentelor neadecvate ale copilului. Neînțelegerile conjugale, problemele financiare din familie, relațiile tensionate cu rudele etc. pot crea în familie un climat emoțional în care comportamentul opozitionist al copilului să se exacerbeze, fiind parțial determinat de modul în care stresul afectează percepția părinților și de modul în care aceștia aleg să rezolve problemele comportamentale ale copiilor. Pe de altă parte, nu ne putem aștepta de la părinți să rezolve pe loc toate posibilele evenimente stresante, dar ar trebui încurajați să facă planuri pentru modul în care intenționează să reducă nivelul de stres creat de un anumit eveniment din familie. De multe ori, părinții pur și simplu par să își accepte soarta și să conviețuiască cu orice tip de stresor care poate să apară, cu toate că se pot face încercări de a rezolva eficient situația. În cele din urmă, părinții trebuie să conștientizeze faptul că asemenea stresori afectează modul în care ei gestionează comportamentul copilului și să încerce să găsească metode prin care pot proteja copilul de asemenea influențe nefaste. Pentru a-i ajuta în inițierea acestui proces, puteți să îi rugați să completeze *Scala de evaluare a problemelor familiale* (scală pe care o găsiți pentru fotocopiare în partea a patra acestui manual) în cadrul intervenției sau puteți să o dați ca temă de casă (în cazul în care training-ul parental se face în grup). În orice caz, odată ce părinții completează această scală, ei pot face o listă cu potențialii stresori și pot propune modalități prin care ar putea rezolva situația.

Interacțiunea acestor factori

În această etapă, ați putea începe să le explicați pe scurt părinților că, pe lângă contribuția directă pe care o au acești factori asupra apariției și menținerii comportamentelor noncompliance ale copiilor, există și o influență reciprocă între acești factori, care poate produce noi dificultăți în familie. De exemplu, problemele medicale

fie ale părinților, fie ale copilului pot influența situația financiară a familiei, ceea ce, în sine, poate afecta relația conjugală a părinților, fapt care poate, la rândul său, exacerba comportamentele neadecvate ale copilului. Aceste interacțiuni pot forma un adevărat *depozit* de factori de risc în cadrul familiei, factori care pot exacerba în timp problemele comportamentale ale copilului.

Scopul intervenției: Dezvoltarea unei relații eficiente părinte-copil

În acest punct al intervenției, ar fi util să sumarizați prezentarea precedentă, menționând că, de multe ori, anumite caracteristici ale părintelui sau ale copilului pot reprezenta o sursă de iritare pentru celălalt. Acest lucru ar putea declanșa manifestarea unor reacții deviante ale părinților sau ale copiilor, ceea ce ar putea, în continuare, intensifica comportamentele neadecvate atât ale părinților, cât și ale copiilor. Unul dintre obiectivele intervenției este încercarea de a schimba, dacă este posibil, aceste caracteristici situaționale, ale părinților sau ale copilului, care periclitează adaptarea, pentru a reduce problemele comportamentale ale copilului. Acest lucru se poate obține, arătându-le părinților cum să facă următoarele:

1. cum să recunoască propriii factori de „risc”, cum să îi modifice, dacă acest lucru este posibil, sau măcar cum să încerce să împiedice ca acești factori să interacționeze cu factorii implicați în managementul eficient al copilului.
2. cum să recunoască anumiți factori de „risc” ai copilului, cum să încerce să îi modifice (unde se pretează) sau măcar să-i accepte pe cei care nu pot fi modificați și cum să încerce să le facă față.
3. cum să modifice consecințele situaționale pe care le dau ca răspuns la noncompliance copiilor și care determină apariția, menținerea sau exacerbarea comportamentelor dificile ale copilului.

Nevoia unui mediu social protetic

În cazul părinților care au copii cu probleme comportamentale ușoare sau comportamente opoziționiste, este posibil ca, în urma acestei intervenții, comportamentul copilului să se încadreze în limitele comportamentului acceptat social. Cu alte cuvinte, problema pentru care familia a apelat la intervenție poate fi „rezolvată”. Cu toate acestea, în cazul unor probleme comportamentale mai severe, cum ar fi cele experiențiate de copii diagnosticați cu *ADHD*, cu tulburări pervazive de dezvoltare, cu psihoză sau cu alte asemenea tulburări de dezvoltare, acest program de training al părinților nu va „rezolva” în întregime aceste probleme, însă, va reduce în mare măsură stresul resimțit de părinți legat de comportamentele disruptive, noncompliance și în general inacceptabile ale copilului, după cum vor reduce și frecvența și intensitatea comportamentelor neadecvate în sine. În aceste cazuri, training-ul părinților poate crea un mediu social protetic de lungă durată, ceea ce va îmbunătăți abilitățile copiilor de a se comporta adecvat. Chiar și în momentele lor cele mai bune, acești copii vor avea mai multe dificultăți în interacțiunile lor din cadrul familiei sau din mediul social, în comparație cu copiii normali, dar nu vor mai manifesta comportamente neadecvate cu aceeași intensitate ca și în cazul primei evaluări. Sumarizând, s-ar putea spune că acești copii au nevoie de astfel de metode de intervenție în cazul în care se dorește realizarea aceluiași lucru pe care copiii normali le fac fără ajutor profesional. Similar unei proteze pentru picior, aceste tehnici de management comportamental îl vor ajuta pe copilul cu dificultăți comportamentale să devină mai normal. În cazul în care se renunță la

utilizarea tehnicilor protetice, copilul va reveni la nivele anterioare (sau chiar mai severe) de comportament neadecvat. Spre deosebire de protezele mecanice pentru picior, în cazul „handicapului” comportamental este posibilă reducerea frecvenței, a intensității și a utilizării sistematice a metodelor comportamentale de-a lungul timpului, pe măsură ce copilul se maturizează și dobândește mai mult auto-control, menținând astfel beneficiile intervenției.

Adaptați explicațiile de mai sus la nevoile speciale ale fiecărui copil, părinte și la fiecare circumstanță familială. De asemenea, ar trebui să se pună accent pe rolul deosebit de mare pe care îl joacă motivația parentală în succesul acestui program de intervenție. Indiferent de cât de eficiente s-au dovedit a fi aceste tehnici cu alții, acestea le vor fi de folos părinților doar în cazul în care vor fi într-adevăr folosite. Accentuați ideea că dumneavoastră nu puteți prelua partea lor de activitate, că, dacă vor să obțină rezultate, ei înșiși sunt cei care trebuie să exerseze și să implementeze procedurile adecvate. Unii părinți abordează ideea intervenției copiilor lor cu următoarea atitudine: este treaba terapeutului, și nu a lor, să îl schimbe pe copil în bine. Aceasta este o abordare rapidă (dar ineficientă) a terapiei copilului, în care părinții cred că rolul lor este să îl ducă pe copil la un profesionist în sănătate mentală care îl va „repara” în timp ce ei așteaptă în sala de așteptare. O asemenea atitudine parentală este în mod evident contraproductivă și e necesar să fie discutată în prealabil, dacă este necesar, chiar din primele etape ale terapiei.

Temă de casă

În cadrul etapei, se dau două teme de casă.

Prima temă: părinții trebuie să completeze *Scala de evaluare a problemelor de familie* pentru săptămâna următoare, în cazul în care nu a fost completată în cadrul sesiunii. Încurajați fiecare părinte să completeze individual câte o scală. În cazul în care nu doresc, nu este nevoie ca părinții să împărtășească răspunsurile lor, însă refuzul de a împărtăși răspunsurile poate fi dovada existenței unor neînțelegeri conjugale, informație de care terapeutul trebuie să țină seamă. Părintele ar trebui, de asemenea, să facă o listă cu evenimentele stresante din fiecare categorie și să menționeze ce intenționează să facă în fiecare caz în parte. Nu este nevoie ca părinții să își rezolve problemele încă din această săptămână, dar ar trebui cel puțin să conceapă planuri prin care ar putea reduce intensitatea stresorilor menționați. Întotdeauna este surprinzător cât de multe informații adiționale sunt trecute pe aceste liste (informații care nu au fost menționate în cadrul evaluării familiei), după ce părinții își dau seama de rolul jucat de stresori în dezvoltarea și menținerea comportamentelor neadecvate ale copilului. În cazul familiilor implicate în training parental de grup, puteți menționa că nu se va divulga conținutul fișelor celorlalți părinți din grup, ci veți citi fiecare fișă separat și veți discuta în particular cu fiecare părinte despre stresorii semnificativi care necesită o atenție imediată (care trebuie discutați pe loc). Se întâmplă ca, pe parcursul training-ului, să apară probleme care necesită intervenție imediată, fiind astfel amânat cursul normal al training-ului.

A doua temă se referă la faptul că părinții, dacă nu au securizat căminul până acum, ar fi timpul să o facă. Potrivit cercetărilor, copiii cu tulburare opoziționistă, mai ales cei care au și comorbiditate cu ADHD, sunt mai predispuși la accidente, la a distruge bunuri și la a produce ei înșiși accidente, decât copiii normali. Părinții ar trebui încurajați să verifice fiecare cameră a locuinței, să identifice diverse obiecte, aparate care ar putea provoca accidente sau obiecte de valoare care ar putea fi distruse neintenționat de copil ori obiecte pe care părinții ar dori să le păstreze, dar care ar putea fi distruse de copilul impulsiv.

ETAPA 2

Acordați-le atenție!

Obiective:

1. Informarea părinților despre modul în care stilul lor de interacționare cu copilul afectează în mare măsură motivația copilului de a colabora cu ei;
2. Instruirea părinților cu privire la metodele de a observa comportamentele pozitive ale copilului și de ignorare diferențiată a comportamentelor negative;
3. Motivarea părinților în a exersa acasă abilitățile de acordare diferențială a atenției, pentru săptămâna viitoare;
4. Stabilirea unui pattern de interacționare pozitiv între părinte și copil.

Materiale necesare:

- Fișa de lucru pentru părinți pentru etapa a doua.
Atenție la comportamentele de joacă pozitive ale copilului dumneavoastră!

Sumarul etapelor:

- Verificarea temei de casă:
Scala de evaluare a problemelor din familie;
Securizarea locuinței pentru siguranța copilului.
- Explicarea motivului pentru care se dezvoltă abilitățile de acordare a atenției:
Discutați importanța calității atenției pe care le-o acordăm celorlalți;
Prezentați profilul „celui mai bun” versus „celui mai rău” supervisor;
Extindeți discuția despre modul în care părinții își manifestă atenția față de copil.
- Distribuți și verificați fișele de lucru ale părinților cu privire la abilitățile de acordare a atenției:
Recapitulați obiectivele acestei etape;
Scoateți în evidență aspectele cele mai importante ale abilităților descrise în fișă;
Discutați reacțiile părinților la tehnicile prezentate.
- Modelați tehnica pe care le-o prezentați părinților;

- Determinați-i pe părinți să exerseze metodele în cadrul unei sesiuni individuale (dacă aceștia nu reușesc să o facă în cadrul training-ului de grup);
- Stabiliți când se vor utiliza acasă „momentele speciale de joacă cu copilul”.

Teme de casă:

- Introduceți zilnic „momente speciale de joacă cu copilul”;
- Adunați informații despre modul în care a decurs „momentul special de joacă cu copilul” acasă.

Această etapă începe cu *verificarea* temelor de casă din sesiunea precedentă și discutarea problemelor întâmpinate în completarea *Scalei de evaluare a problemelor de familie* (în cazul în care făcea parte din tema de casă). În cazul în care intervenția este individuală, puteți discuta conținutul acesteia. În cazul în care intervenția se face în grup, puneți scalele la o parte și revizuiți-le în afara grupului. După ce parcurgeți scalele, veți putea afla dacă părinții au securizat locuința în vederea sporirii siguranței copilului cu comportament opoziționist. Dacă nu s-au dat teme de casă, treceți la prezentarea noului material.

Introducerea raționamentului pentru dezvoltarea abilităților atenționale

În cadrul acestei etape, *nu dați* părinților fișe de lucru până când nu se discută despre calitatea atenției acordate și a modului în care acest lucru poate afecta comportamentul uman. În primul rând, părinții ar trebui întrebați dacă ei consideră că atenția pe care o primesc de la ceilalți are importanță pentru ei. Prin aceste întrebări, ar trebui să se ajungă la discuții despre modul în care calitatea atenției pe care ne-o acordă ceilalți (chiar și adulți) afectează dorința noastră de a colabora și coopera cu ei.

În predarea acestui material, de-a lungul timpului, s-a observat că este utilă folosirea următoarei tehnici: spunem părinților să încerce să uite pentru o clipă de copiii lor și să încerce să se concentreze asupra unor persoane cu care au colaborat în trecut. În mod specific, le cerem părinților să se gândească la persoana cu care au colaborat cel mai rău, de obicei un șef, și să încerce să descrie caracteristicile acestei persoane care au dus la asemenea sentimente față de ea. Ar putea fi util dacă părinții ar împărtși o foaie cu o linie verticală în două. În partea de sus a coloanei din stânga se va trece „Cel mai rău șef”. În această coloană, ei vor trebui să treacă cel puțin cinci caracteristici ale persoanei cu care au avut cea mai proastă colaborare. În cazul în care utilizați metoda cu un grup de părinți, folosiți o tablă și treceți pe ea răspunsurile date de părinți. De obicei, părinții nu întâmpină dificultăți în identificarea unor astfel de caracteristici negative; în cazul în care totuși întâmpină greutăți în identificarea acestora, oferiți-le ajutor. Ar trebui să acordați timp suficient pentru ca părinții să poată identifica sentimentele pe care le nutresc față de aceste persoane, datorită modului în care au fost tratați. Mai specific, ar trebui să încercați să îi ajutați pe părinți să conștientizeze modul în care comportamentul celuilalt a afectat motivația lor de a lucra pentru acest șef, precum și calitatea muncii pe care au efectuat-o pentru această persoană.

După ce aceste caracteristici au fost discutate, spuneți-le părinților să treacă, în partea de sus a coloanei din dreapta, „Cel mai bun șef”. După aceasta, părinții sunt rugați să încerce să își aducă aminte de persoana cu care au lucrat cel mai bine și să treacă cel puțin cinci caracteristici ale acestei persoane care i-au determinat să gândească

astfel despre ea. Aceste răspunsuri sunt trecute în coloana din dreapta. Din nou, dacă intervenția se face în grup, răspunsurile sunt trecute pe tablă. În această etapă a intervenției, terapeutul va încerca să îi determine pe părinți să formuleze aspectele cele mai importante ale colaborării astfel încât să scoată în evidență modul în care șeful a reușit să îi motiveze pentru a lucra eficient și calitativ foarte bine.

În acest moment al intervenției, puteți evidenția legătura dintre exemplul dumneavoastră cu „cel mai bun” respectiv „cel mai rău” șef și scopul intervenției. Acest lucru se poate face pur și simplu dacă le cereți părinților să spună cu care dintre cele două exemple descrise în cele două coloane seamănă cel mai mult modul în care interacționează ei cu copilul problematic. Majoritatea părinților spun că seamănă mai mult cu șeful rău decât cu cel bun. Ar trebui să alocați timp pentru discutarea sentimentelor pe care le-ar putea avea copilul față de colaborarea cu părintele, asemănător cu sentimentele părintelui legate de colaborarea cu „cel mai rău” șef. S-ar putea ca, din cauza acestei colaborări deficitare și a condițiilor de acasă, copilul să fi dezvoltat un comportament de „grevă” sau cel puțin o „încetare a colaborării”.

Discutarea obiectivelor acestei etape

După ce s-a introdus noțiunea de „calitatea colaborării cu ceilalți” și s-a discutat despre influența majoră pe care o are această colaborare asupra emoțiilor și sentimentelor, ar trebui să treceți în revistă obiectivele acestei etape. Unul dintre obiectivele cele mai importante este nevoia (demonstrată prin exercițiul prezentat mai sus) de îmbunătățire a calității atenției pe care părinții o acordă copilului dificil. Doar îmbunătățirea calității atenției acordate copilului nu este suficientă pentru ameliorarea problemelor întâmpinate în interacțiunea cu acesta, însă este un prim pas absolut necesar al acestui proces. În plus, așa cum s-a menționat și mai înainte, valoarea pe care o are atenția acordată de părinți, ca recompensă pentru copilul cu tulburări comportamentale, este de obicei mai redusă decât în familiile normale. Din acest motiv, dacă dorim să folosim atenția pe care le-o acordă părinții copiilor ca recompensă pentru îmbunătățirea compliancei, în prima etapă ar trebui sporită valoarea pe care o are această atenție acordată. Metodele pe care le vom prezenta în această etapă vor contribui la atingerea acestui obiectiv.

Al doilea obiectiv major al acestei etape este îmbunătățirea relației părinte-copil, prin acordarea „non-direktivă” a atenției, o metodă care va fi exersată în cadrul temelor de casă. Prin aceste practici, copilul va simți că părinții sunt interesați de persoana sa, în ciuda faptului că, în timpul zilei respective, nu s-a comportat așa cum ar fi trebuit. Acest exercițiu se face pentru a schimba tendința care apare frecvent în aceste familii, aceea de a petrece din ce în ce mai puțin timp liber cu copilul care are probleme comportamentale. Cu alte cuvinte, activitățile de joacă din această etapă sunt concepute în așa fel încât să determine o interacțiune din ce în ce mai pozitivă între părinți și copii, mai pozitivă decât în interacțiunile anterioare. Mulți dintre părinți spun că, în urma acestui exercițiu, au început să se bucure din nou de timpul petrecut cu copilul; credem că și copiii simt același lucru, mai ales dacă ținem cont de frecvența cu care îi roagă pe părinți să se joace cu ei, odată ce aceste activități de joacă au început. Deși acest obiectiv poate să pară puțin exagerat în această fază a intervenției, deseori s-a observat că, la sfârșitul primei săptămâni de „momente speciale de joacă”, percepția părinților despre copil s-a schimbat; ei încep să-l considere pe copil o persoană mult mai plăcută, cu care se poate interacționa și viceversa.

Al treilea obiectiv major al acestei etape este de a-i ajuta pe părinți să învețe cum să acorde diferențiat atenție comportamentelor pozitive ale copilului și cum să le ignore pe cele negative. Deseori, această abordare este total opusă practicilor uzuale ale

părinților, prin care aceștia sunt atenți și răspund la comportamentele negative, ignorând comportamentele pozitive ale copilului. Fiecare dintre aceste obiective ar trebui descrise părinților, asigurându-ne că au înțeles pe deplin raționamentul pentru care tehnicile de joacă sunt discutate în fișele de lucru ale părinților.

Trecerea în revistă a fișelor de lucru ale părinților

În acest moment, părinților le este distribuită fișa de lucru pentru etapa a doua, pentru a o parcurge, după care se trec în revistă detaliat punctele cele mai importante ale acestei fișe de lucru. Așa cum se indică și în fișa de lucru, în această etapă părinții sunt învățați să utilizeze noi metode prin care pot acorda atenție copiilor, în timpul jocului. Părinților li se recomandă să aleagă un moment în care copilul se joacă ceva care îi place în mod normal și care este totodată o activitate adecvată. După aceasta, părinții trebuie să abordeze copilul și să înceapă să se joace cu el timp de 15-20 de minute, așa cum li s-a explicat în fișa de lucru. Părinții sunt încurajați să transforme acest „moment special” într-o activitate mai formală, spunându-i copilului că, de acum încolo, părintele se va juca zilnic cu el. În continuare, copilul va fi întrebat ce i-ar plăcea să facă în aceste „momente speciale” (desigur, copilul poate să aleagă activitatea preferată în limitele normale). Este foarte important ca acesta să aleagă activitatea, astfel simțind că părinții sunt într-adevăr interesați de ceea ce face el și nu încearcă pur și simplu să acapareze joaca sau să o redirecționeze spre ceva ce le-ar plăcea de fapt părinților să facă.

Așa cum s-a sugerat și în fișa de lucru, unul dintre aspectele critice implicate în succesul acestei etape este abilitatea părinților de a se relaxa în timpul jocului; să încerce să alunge din mintea lor orice alt gând care nu este legat de joacă și să încerce să fie atenți la ceea ce face copilul. Din acest motiv, nu este recomandat ca părinții să încerce să se joace cu copilul chiar înainte să aibă de rezolvat ceva sau înainte de a se duce la cumpărături, deoarece calitatea atenției pe care o acordă copilului ar putea fi destul de superficială. Singurul scop al acestei perioade de joacă este exersarea acordării unei atenții pozitive comportamentelor copilului.

În timpul jocului, părinții ar trebui să fie atenți, să țină minte și să urmărească diferitele activități ale copilului timp de câteva minute, înainte de a începe să povestească ceea ce face copilul. Această descriere verbală ar trebui să apară din când în când pe parcursul perioadei de joc. În felul acesta, copilul va începe să dezvolte convingerea că părintele este într-adevăr interesat de ceea ce face, indiferent cât de simplu sau chiar banal ar fi acest lucru. În plus, relatarea activităților copilului îi împiedică pe părinți să pună întrebări intruzive sau să dea comenzi într-un fel în care ar putea da impresia că încearcă să acapareze jocul. Așa cum s-a menționat în fișa de lucru, pe cât posibil, părinții ar trebui să evite să dea comenzi sau să pună întrebări.

O metodă prin care părinții pot fi învățați să adopte acest stil de povestire este aceea prin care ei trebuie să își imagineze că sunt comentatori sportivi care trebuie să descrie un eveniment sportiv într-o transmisiune radio. Descrierea ar trebui să fie interesantă, detaliată; să fie un comentariu cursiv care să nu critice evenimentele care au loc pe „terenul de joc”. În funcție de modul în care părinții aleg să descrie jocul și de măsura în care povestirea este încărcată cu aspecte interesante, modul în care se acordă atenție copilului poate fi foarte eficient în întărirea activităților de joacă potrivite ale copilului. Am observat că unii copii mai mici apreciază acest stil verbal mai mult decât copiii mai mari – care cred că povestirea este disruptivă pentru activitatea lor și, într-o oarecare măsură, condescendentă. Părinții ar trebui să exerseze de câteva ori stilul în care vor povesti ceea ce face copilul în timpul jocului. Aspectul cel mai important în această etapă, indiferent de vârsta copilului, este ca părinții să petreacă împreună cu

copilul un timp în care să nu îl critice, să nu vrea să preia conducerea sau să controleze comportamentul copilului, ci să îl observe și să aprecieze ceea ce face.

Așa cum s-a menționat mai înainte, este foarte important ca părintele să nu pună prea multe întrebări și să nu dea nicio comandă în această perioadă. Este evident că, astfel, se preia comanda asupra unei activități, iar asemenea tentative de a prelua controlul ar trebui inhibitate în cadrul jocului cu copilul. Părinții trebuie să conștientizeze faptul că, în „momentele speciale” pe care le petrec cu copilul, ei nu îi fac acestuia educație; acestea sunt „momentele lor speciale”, iar educația se lasă pe altă dată. Chiar dacă stilul copilului de a se juca nu se ridică la nivelul așteptărilor părinților, aceștia ar trebui să evite să preia controlul și să îi învețe pe copii cum să se joace.

Atât întrebările, cât și comenzile ar trebui evitate pe cât posibil, deoarece acestea interferează cu jocul copilului, el trebuind să-și redirecționeze activitățile pentru a-i răspunde părintelui. Copiii mai mari ar putea avea nevoie de mai multe întrebări în cadrul acestor activități și s-ar putea să nu le considere la fel de intruzive, cum le consideră copiii mai mici. Ba mai mult, întrebările puse copiilor mai mici pot fi deseori de prisos, deoarece, de cele mai multe ori, părintele știe deja răspunsul la ele, dar pune totuși întrebarea ca să îl testeze pe copil și să vadă cât de mult a învățat. Pe scurt, toate întrebările puse de părinte (de preferință cât mai puține) ar trebui să fie puse în stil conversațional, ca la o petrecere, să exprime interesul părintelui în ceea ce face copilul, să nu aibă tentă de testare sau de examinare a cunoștințelor copilului.

În timpul activităților de joc, părinții ar trebui să adauge diferite comentarii, cu rol de feedback pozitiv. Așa cum se menționează și în fișa de lucru, acest feedback nu trebuie să fie neapărat o laudă exagerată pentru ceea ce face copilul. Este pur și simplu un enunț care exprimă interesul părintelui în activitatea pe care o face copilul, precum și plăcerea de a fi, de a se juca împreună cu el. Ultima pagină a fișei de lucru pentru etapa a doua conține o listă de fraze pozitive pe care le poate folosi părintele. Atașați această listă fișei de lucru, astfel părinții vor putea folosi mai mult de două-trei fraze, deja mult prea uzuale, prin care să își exprime aprecierea în timpul jocului. Părinților li se explică faptul că feedback-ul pozitiv se poate da și altfel decât verbal, de exemplu, prin gesturi care să îi comunice copilului aprobare sau apreciere. Lauda trebuie să fie destul de specifică și poate accentua nu doar faptul că ceea ce face copilul este acceptabil, ci și faptul că ceea ce făcea înainte era inacceptabil. Părinții ar trebui să fie cât se poate de specifici atunci când apreciază ceva; nu se recomandă utilizarea unor fraze vagi de genul „băiat bun” sau „ce fetiță drăguță”. Sunt de părere că frazele specifice sporesc eficacitatea laudei, devenind întăriri pentru comportamentul copilului.

În acest moment, mulți dintre părinți mă întreabă cum ar trebui să se comporte în „momentele speciale” de joacă în cazul în care copilul lor începe să manifeste comportamente neadecvate serioase. Considerăm că reacția cea mai bună din partea părinților ar fi să nu mai acorde atenție copilului și să încerce să ignore comportamentul problematic. De multe ori, ignorarea acestor comportamente pur și simplu reduce intensitatea lor. Totuși, în cazul în care comportamentul inacceptabil escaladează, părinții vor trebui să îi spună copilului că „momentul special” a luat sfârșit și că va putea continua mai târziu, după ce începe să se comporte adecvat. Doar rareori va escalada comportamentul neadecvat în așa măsură încât copilul să merite o pedeapsă. În acest moment, părinții sunt instruiți să disciplineze într-un mod similar felului în care disciplinau până acum. Nu ar trebui încă introduse metodele de disciplinare care vor fi predate mai târziu, pe parcursul programului, cum ar fi de exemplu metoda time-out care presupune deprivarea de recompense. Ar trebui să le spuneți părinților că, cel puțin din experiența noastră, comportamentele neadecvate în cadrul perioadelor speciale sunt destul de rare. Acest lucru este probabil legat de faptul că nu i se dau copilului niciun

fel de comenzi, acestea fiind deseori amorse pentru comportamentele neadecvate sau opoziționiste ale copilului.

Ar trebui să menționați faptul că perioada specială trebuie petrecută doar cu copilul dificil, fără prezența și intervenția celorlalți copii din familie sau a celui alt părinte. Dacă este necesar, asemenea perioade speciale ar trebui alocate și celorlalți copii din familie, însă timpul petrecut cu copilul problematic trebuie întotdeauna să se bazeze pe o interacțiune față în față. Astfel, copilul problematic nu va mai trebui să își împartă „perioada lui specială” cu ceilalți frați, ale căror comportamente și caracteristici pot fi mult mai plăcute decât ale lui, atrăgând astfel atenția și lauda părinților, lăsând însă copilul problematic în afara câmpului atențional. În cazul în care ambii părinți participă la aceste „momente speciale”, unul dintre ei l-ar putea lua pe celălalt frate într-o altă încăpere, pentru alte activități, în timp ce celălalt părinte stă cu copilul problematic, exersând metodele speciale de acordare a atenției în timpul jocului. După 15-20 de minute, părinții pot schimba rolurile între ei, ambii având aceleași șanse de a exersa cu copilul metodele de acordare a atenției. În cazul în care unul dintre părinți nu poate participa acum la „momentul special”, se va stabili un nou „moment special”, astfel încât părintele să aibă oportunitatea să exerseze metodele de acordare a atenției.

Reacții obișnuite ale părinților la metodele prezentate

Ar trebui să alocați destul de mult timp pentru ca părinții să poată discuta oricare dintre problemele sau nelămuririle pe care le au sau reacțiile lor legate de metodele prezentate. Deseori, părinții spun că nu au avut suficient timp să petreacă împreună cu copilul, mai ales datorită prezenței în familie a unor frați mai mici. De asemenea, părinții menționează și faptul că unele tehnici prezentate sunt deosebit de simple și vor fi foarte ușor implementate, însă, după cum s-a notat și în partea de jos a fișei de lucru, situația nu este tocmai aceasta. Inhibarea comenzilor și a punerii întrebărilor, concentrarea pe abordarea pozitivă a narațiunii jocului, precum și oferirea din când în când a unui feedback pozitiv, necesită uneori un exercițiu îndelungat. Eliminarea comenzilor este destul de dificilă pentru mulți părinți. Acest lucru se datorează mai ales faptului că părinții au fost obișnuiți să controleze comportamentele copilului, în cea mai mare parte a timpului, tocmai prin aceste mecanisme. Uneori, părinții, de obicei după ce li se interzice folosirea acestor metode, nu mai știu ce replici să dea în timpul jocului. Terapeutul poate oferi, în schimb, modalități prin care se pot transforma întrebările în comentarii sau în remarci de reflecție pe care părinții să le utilizeze.

Un alt gen de reacții pe care le întâlnim frecvent la părinți se referă la faptul că aceste „momente speciale” nu par a fi direcționate spre problemele copilului pentru care s-a apelat la ajutor. Sperăm că această problemă va fi rezolvată prin exercițiul de la începutul acestei ședințe, care se referă la comparația dintre cel mai rău și cel mai bun șef. În cazul în care această problemă nu se rezolvă, puteți să le reamintiți părinților că este nevoie să-și îmbunătățească calitatea și valoarea atenției pe care o acordă copilului. Astfel, acest gen de atenție va deveni o formă de întărire pentru complianța copilului la comenzile/solicitările părinților. Nevoia de a reconstrui relația părinte-copil trebuie neapărat clarificată. Acordarea atenției în cadrul „momentelor speciale” dedicate copilului poate contribui la dezvoltarea complianței la solicitările părintelui. Această modificare în complianță este dublată de observarea multor copii pentru care s-a folosit această metodă și care au cerut ca „momentul special” să dureze mai mult decât de obicei. Putem spune deci că „momentele speciale” dobândesc funcția de recompensă pentru copil.

Unii părinți spun că, dacă petrec „momente speciale” cu copiii, în care folosesc des aprecierea și lauda, cei mici se vor aștepta să fie tratați la fel în orice situație. Există mai

multe metode prin care se poate rezolva această problemă. În primul rând, li se poate spune acestor părinți că așa ceva nu s-a întâmplat miilor de familii cu care ați folosit metoda în cadrul acestui program. În al doilea rând, ar fi util să investigați împreună cu părinții cauzele acestor atitudini referitoare la comportamentele copilului. În mod evident, părinții sunt plătiți de un angajator pentru munca lor, astfel fiind recompensați pentru performanța la serviciu, situație similară cu ceea ce fac părinții, la rândul lor, în cadrul „momentelor speciale”. Fără asemenea recompense, părinții nu s-ar mai duce la serviciu. În plus, o mare parte dintre părinți se așteaptă la un anumit nivel de gratitudine din partea angajatorului, a soțului/soției, precum și din partea copiilor mai mari, pentru faptul că își îndeplinesc responsabilitățile zilnice față de ei. Asemenea copilului, și acești părinți au nevoie de aprecierea și recunoașterea celorlalți pentru ceea ce fac la locul de muncă, în familie sau în activitățile cotidiene. Pe scurt, copilul, la fel ca părintele, are nevoie de atenție. Puteți menționa și faptul că o mare parte a căsniciilor eșuează din cauza faptului că unul dintre soți ia totul de-a gata, în timp ce celălalt simte că nu-i sunt apreciate eforturile.

Unii părinți pot spune că sunt prea ocupați pentru asemenea activități. Remarca lor relevă, de fapt, una dintre problemele cele mai importante întâlnite în cadrul acestor familii, și anume aceea că se alocă foarte puțin timp și atenție creșterii copiilor. Este, oare, de mirare că apar asemenea probleme comportamentale la copiii care sunt crescuți în acest stil de interacțiune? Uneori, am răspuns acestor remarci cu puțin umor, sugerându-le părinților să dea copilul spre adopție dacă nu sunt în stare să găsească 15 minute zilnic pe care să le petreacă împreună, acordându-i atenție.

Modelarea și exersarea acestor metode

În cazul în care se oferă training individual pentru o singură familie și se poate lucra cu copilul în cadrul ședinței, puteți să îl duceți pe copil într-un colț al camerei și să începeți să vă jucați cu el în așa fel încât părintele să poată observa aceste activități. Terapeutul modelează metoda potrivită, ținând minte că trebuie să facă o greșală pe care să o discute ulterior cu părintele în cadrul ședinței. În cazul în care aveți resursele necesare, terapeutul poate înregistra video o astfel de ședință cu copilul, pentru a o arăta și celorlalți părinți care beneficiază de același tip de intervenție. După aceasta, părintele ar trebui să exerseze abilitățile de a acorda atenție copilului lor, în prezența terapeutului, care să le ofere un feedback potrivit. Pasul următor este să discutați împreună cu părintele sentimentele pe care aceștia le-au avut în legătură cu aceste metode. Mulți părinți relatează că aplicarea acestor metode în practică este mai dificilă decât s-au așteptat ei la început, atunci când li s-au descris metodele.

În cazul training-ului de grup al părinților, nu mai este posibil ca fiecare părinte să exerseze separat cu copilul lui. Mulți terapeuți preferă să grupeze părinții și să aplice metoda de joc de rol, în care unul dintre părinți va trebui să joace rolul copilului, în timp ce celălalt va încerca să aplice metoda prin care să îi ofere acestuia atenție specială. Jocul de rol ar putea să pară mai puțin practic. Din experiența practică, putem spune că discutarea metodei împreună cu părinții în cadrul grupului, și utilizând fișele de lucru, în care este specificat ce anume trebuie să facă, este deseori suficient pentru a-i ajuta pe părinți să înțeleagă esența ideii care stă la baza acestei metode și să o exerseze acasă.

După aceasta, părinții ar trebui să discute despre modul în care intenționează să implementeze acasă „momentul special” zilnic, în săptămâna (săptămânile) care urmează. Părinții ar trebui încurajați să aleagă o anumită perioadă a zilei, care este cea mai potrivită atât pentru părinte, cât și pentru copil, poate în răstimpul în care ceilalți frați sunt ocupați cu alte activități. Dacă se poate, se recomandă ca ambii părinți să

exerseze zilnic această metodă cu copilul. În cazul copiilor mai mari, s-ar putea să nu fie practic să se fixeze rigid o anumită perioadă a zilei, deoarece acești copii s-ar putea să fie implicați în mai multe activități acasă sau la școală. În aceste cazuri, părinții ar trebui să găsească perioada cea mai potrivită a zilei pentru interacțiunea cu copilul. Nu se recomandă urmărirea împreună a emisiunilor TV, deoarece povestirea sau discutarea în cadrul acestei activități este deseori neplăcută și intruzivă.

În cazul în care copilul alege un joc competitiv, părinții ar trebui să îi permită să inventeze reguli noi sau uneori chiar să „trișeze” fără a-l incrimina ulterior, pe parcursul jocului. Părinții ar trebui să țină seama de faptul că scopul acestor „momente speciale” nu este educarea copilului cu privire la modul în care să se joace, ci este un prilej pentru ei să-și exerseze propriile abilități de a acorda atenție activităților copilului. Cu toate acestea, jocurile de cooperare sunt mai potrivite pentru scopul urmărit decât cele competitive.

Nu uitați să le menționați părinților că aceste „momente speciale” de joacă nu vor rezolva problemele copilului în mod miraculos, de la o zi la alta. De fapt, noncompliancea copilului pe parcursul săptămânii care urmează s-ar putea să nu se modifice deloc, deoarece reprezintă mai degrabă o reacție la comenziile părinților, decât la momentele speciale de joacă. Cu toate acestea, părinții se pot aștepta de la copil ca acesta să îi privească ca pe niște persoane mai plăcute, cu care pot colabora. Deși acest lucru s-ar putea să nu apară la fiecare familie, totuși, majoritatea raportează că au observat o îmbunătățire a relației pe care o au cu copilul, deja după o săptămână. De asemenea, ar trebui să le spuneți părinților că aceste „momente speciale” ar trebui să facă parte din rutina zilnică a familiei pentru o perioadă de timp nedefinită. După prima săptămână de exerciții, părinții pot reduce frecvența acestor „momente speciale” pe care le petrec cu copilul, la trei sau patru asemenea ocazii pe săptămână, dar ar trebui să mențină această frecvență pe o perioadă nedeterminată în copilărie, reducând-o pe măsură ce copilul crește.

Tema de casă

După această etapă, li se explică părinților tema de casă pentru săptămâna care urmează. Pe cât se poate, părinții vor trebui să exerseze zilnic abilitățile de acordare a atenției în cadrul „momentelor speciale”, în cursul săptămânii care urmează. Vor trebui să treacă zilnic într-un caiet informații legate de ceea ce au făcut în cadrul fiecărui „moment special” și modul în care a reacționat copilul. De asemenea, ei ar putea să treacă și problemele cu care s-au confruntat în timpul exersării metodei și să le discute în următoarea ședință. Cu ajutorul acestor teme de casă, probabilitatea cu care părinții vor exersa aceste proceduri va fi mai mare, deoarece vor fi mai responsabili față de activitățile copilului.

ETAPA 3

Dezvoltarea complianței și a jocului independent

Obiective:

1. Învățarea părinților să utilizeze eficient abilitățile de alocare a atenției ca să sporească complianța imediată a copilului la comenzile parentale;
2. Sporirea eficienței comenzilor parentale în obținerea complianței copilului;
3. Sporirea frecvenței cu care părinții utilizează în mod eficient abilitățile de alocare a atenției pentru complianța independentă, non-disruptivă a copilului;
4. Sporirea monitorizării parentale a comportamentului copilului în cadrul familiei și în cartier.

Materiale necesare:

- Fișa de lucru pentru părinți pentru etapa a treia
Atenție la complianța copilului dumneavoastră;
Dați comenzi eficiente;
Asistarea jocului independent.

Sumarul etapelor:

- Verificarea temei de casă:
Utilizarea de către părinți a abilităților speciale de alocare a atenției;
Aduceți-le aminte să continue „momentele speciale” de joacă cu copilul.
- Explicați motivul pentru care ați extins dezvoltarea abilităților de alocare a atenției de la joacă la situații de complianță;
- Reveniți asupra metodelor de sporire a eficienței cu care se dau comenzile;
- Discutați despre utilizarea training-ului complianței în mediul de acasă;
- Discutați cu părinții despre modul în care copiii întrerup activitățile părinților;
- Distribuiți fișele de lucru pentru părinți, care vizează reducerea comportamentelor disruptive și sporesc jocul independent;
- Modelarea metodelor de către terapeut;

- Treceți în revistă reacțiile părinților la aceste metode;
- Instruiți părinții în ceea ce privește monitorizarea comportamentelor copilului.

Teme de casă:

- Continuați zilnic „momentele speciale” de joacă;
- Începeți să alocați atenție și să lăudați complianța;
- Stabiliți perioade zilnice de training al complianței;
- Începeți să dați comenzi eficiente;
- Exersați alocarea atenției la jocul independent;
- Sporiți monitorizarea activităților independente ale copilului.

Ar trebui trecute în revistă însemnările părinților despre cum a decurs „momentul special” de joacă. Dacă părinții participă la training de familie individual și nu și-au făcut temele de casă, în cadrul acestei ședințe nu se va prezenta materialul nou. În schimb, se vor discuta motivele pentru care părinții nu și-au făcut temele de casă și li se va cere să le termine pe săptămâna care urmează. În cazul în care părinții participă la training de grup și se întâmplă să nu-și facă tema de casă, ei vor trebui să participe la o ședință separată, în afara grupului, pentru a discuta în particular motivele pentru care nu și-au făcut temele. Aceste proceduri de a face față noncomplianței parentale referitoare la realizarea temelor de casă au fost discutate în cadrul etapelor anterioare și vor fi aplicate ori de câte ori nu se vor efectua temele de casă, motiv pentru care aceste proceduri nu vor fi reluate în această secțiune. Părinților care și-au făcut temele de casă ar trebui să le spuneti să continue „momentele speciale” de joacă pe o perioadă nedefinită, cu o frecvență de trei-patru ori pe săptămână. Astfel, (1) se va îmbunătăți relația părinte-copil; (2) copilul va beneficia de momente de atenție pozitivă din partea părinților în ciuda zilelor în care cele mai multe comportamente ale copilului sunt neadecvate și (3) se va construi stima de sine a copilului.

Unii părinți spun despre copilul lor că pare să fi fost plăcut surprins și descurajat în același timp de atenția pe care a început să o primească din partea părintelui. Unora dintre copii atenția pozitivă din partea părinților li se pare suspectă și s-ar putea chiar să îi întrebe pe părinți despre „motivele ascunse” ce stau în spatele comportamentului părinților. După ce a trecut surpriza de la început, mulți dintre copii se adaptează ușor la rutina zilnică de „momente speciale” de joacă, deseori amintindu-le părinților de promisiunea pe care au făcut-o. Mulți copii le cer părinților să prelungească aceste perioade peste limita de 15-20 de minute. Unii părinți au fost plăcut surprinși de faptul că, după ani de comportamente opoziționiste și de discuții cu copilul, acesta îi consideră o companie plăcută. Alți părinți nu observă niciun fel de modificare în comportamentul copilului. Ar trebui să le spuneti să nu fie descurajați de acest lucru, deoarece, în cazul unora dintre copii, metoda trebuie aplicată o perioadă mai lungă pentru a avea efecte, mai ales dacă relația negativă dintre părinte și copil durează de o perioadă destul de lungă. Câțiva părinți s-au plâns că, deși copilul părea să se simtă bine în timpul „momentelor speciale”, nu le-a mulțumit în mod explicit părinților pentru faptul că și-au alocat timp să se ocupe de el. Acestor părinți trebuie să li se reamintească scopul principal al metodei, și anume acela de a i se aloca atenție copilului, și nu de a li se mulțumi în mod explicit părinților. Impactul „momentelor speciale” de joacă se va observa în săptămânile care urmează, determinat parțial de efectele acestora asupra abilităților părinților de a aloca atenție și asupra relației părinte-copil.

Extinderea abilităților de alocare a atenției de la joacă la complianță

Distribuiți-le părinților prima fișă de lucru pentru această etapă. Această fișă este destul de scurtă și ar trebui să fie înțeleasă ușor de către părinți. Ideea este ca părinții să îi „surprindă pe copii atunci când sunt ascultători” și să răspundă la complianța copilului cu atenție, apreciere și laudă. Obiectivul principal al acestei etape este să îi învețe pe părinți cum pot spori complianța prin oferirea unor consecințe (întăriri) pozitive (în acest caz, atenția părinților), ca urmare a complianței copilului la comenzile date. Părinții sunt instruiți cum să aloce atenție specială în această săptămână, atunci când le dau comenzi copiilor. În acest răstimp, părinții ar trebui să rămână în zona în care foarte probabil copilul se supune cerințelor/comenzilor, să îl observe, să povestească și să aprecieze comportamentele/manifestările compliante ale copilului. În multe cazuri, părinții dau comenzi, după care părăsesc zona și încep să se ocupe de alte lucruri, întorcându-se, periodic, să verifice îndeplinirea comenzilor. În această etapă, părinții sunt instruiți să rămână lângă copil, până când acesta face ceea ce i s-a cerut, în același timp alocând atenție pozitivă și făcând comentarii de apreciere referitoare la complianța copilului. Enunțurile de laudă și de apreciere ar trebui să fie suficient de specifice, exprimând acele aspecte ale comportamentului copilului pe care părintele le consideră pozitive, cum ar fi: „Îmi place când te porți așa cum îți spun” sau „Mamei îi place foarte mult când îți aduni jucăriile”. De obicei, părinții înțeleg cu ușurință aceste concepte. Cu toate acestea, înmulțirea laudelor despre complianța copilului nu este chiar atât de simplă și necesită exercițiu.

Părinților trebuie, de asemenea, să li se spună că este foarte important să îi aloce atenție pozitivă și recompense copilului care a îndeplinit sarcini în casă fără să i se fi cerut, mai ales dacă, înainte, copilul nu era compliant. Presupunem că, astfel, șansa ca un copil să internalizeze asemenea reguli și rutine, precum și complianța la ele, va fi mai mare în situații ulterioare.

Cum să dăm comenzi eficiente

Acum puteți începe să le distribuiți părinților a doua fișă de lucru pentru această etapă, fișă care tratează metodele prin care se poate îmbunătăți eficiența comenzilor parentale. Acestea sunt recomandări directe, dar terapeutul poate să insereze scurte comentarii. În primul rând, părinții ar trebui să decidă dacă vor să dea comanda și dacă vor să vadă sarcina finalizată. În al doilea rând, comanda ar trebui exprimată într-o formă de enunț direct și nu sub forma unei favori sau a unei întrebări. De asemenea, comanda nu trebuie spusă pe un ton negativ, dar trebuie să îi dea copilului de înțeles că părintele ia sarcina și comanda în serios. În al treilea rând, părinții ar trebui să dea mai degrabă comenzi simple, decât comenzi complexe, mai ales în cazurile în care au de-a face cu un copil cu tulburări comportamentale. Trebuie alocată o perioadă destul de lungă pentru a vedea dacă a făcut ceea ce i s-a cerut, înainte să i se dea copilului cea de-a doua comandă. În al patrulea rând, părinții trebuie să aibă, în tot acest răstimp, contact vizual cu copilul. Nu este tocmai util și eficient dacă părintele dă comanda strigând dintr-o încăpere alăturată. Părinții trebuie să se uite la copil direct, pentru a-l asigura că sunt atenți la ceea ce face el, mai ales dacă există comorbiditate cu ADHD. În al cincilea rând, părinții ar trebui să elimine în prealabil elementele distractive din camera în care se dă comanda. De exemplu, dacă copilul se uită la televizor, se joacă un joc video sau ascultă muzică, părintele ar trebui să îi ceară copilului să închidă aparatul sau să o facă chiar el, înainte să dea comanda. În cazul în care mediul este plin de elemente distractive, de

obicei șansele complianței la comenzile părinților sunt destul de reduse. În al șaselea rând, în cazurile în care acest lucru este necesar, părintele ar trebui să îl pună pe copil să repete comanda. Pe de o parte, pentru ca părintele să se asigure astfel că s-a înțeles ceea ce a cerut, iar pe de altă parte, pentru consolidarea informației (referitoare la comandă) în memoria copilului. În sfârșit, părinții s-ar putea să dorească să stabilească limite de timp sau liste cu tot ceea ce trebuie făcut în cazul unor sarcini mai complexe, cum ar fi curățenia în camera copilului sau terminarea temelor de casă. În cazul primei sarcini (curățenia în camera copilului), părinții pot să pună un ceas să sune după terminarea timpului alocat, spunându-i copilului care sunt consecințele pentru neefectuarea sarcinii. Pentru a doua sarcină, părinții pot să scrie pașii sarcinii pe niște cartonașe, astfel încât copilul să poată avea la el lista în timp ce face ceea ce i s-a cerut. Utilizarea unor astfel de cartonașe cu pașii sarcinii este utilă în preîntâmpinarea discuțiilor cu copilul despre ceea ce ar fi trebuit să facă și nu a făcut.

Stabilirea unor perioade de training al complianței

În învățarea unui comportament nou sau pentru creșterea frecvenței unui comportament deja prezent în repertoriul copilului, rata achiziției, precum și creșterea apariției noului comportament, este relaționată cu numărul mare de oportunități disponibile în programele de training, cu ajutorul cărora se poate întări comportamentul respectiv. Din acest punct de vedere, credem că părinților le-ar fi mai util dacă ar crește frecvența comenzilor pe care i le dau copilului în cadrul unei scurte sesiuni de training, având astfel mai multe oportunități de a oferi întăriri pentru complianța la comenzi. Aceste perioade de training al complianței ar trebui să dureze între 3-5 minute, cel puțin de două sau de trei ori pe zi. În aceste perioade, părinții trebuie să îi ceară copilului să efectueze o serie de sarcini mai simple, cum ar fi „Dă-mi revista”, „Hai să îți pun cămașa în pantaloni/fustă”, „Dă-mi te rog solnița” și așa mai departe. Șansa ca la aceste comenzi copilul să răspundă cu comportament opoziționist sunt reduse, deoarece necesită un efort minim din partea lui. Astfel, părinții se pot folosi de această perioadă pentru a aloca atenție copilului, pentru a-l lăuda sau a-l recompensa cumva pentru complianță. În cazul copilului foarte mic, i se poate da o buchiță de mâncare care îi place foarte mult, ca recompensă la complianța față de comandă. În cazul copilului mai mare, aprecierea gestului este deocamdată suficientă. Părinții ar trebui să implementeze aceste perioade de training în acele momente ale zilei când copilul nu este implicat în alte activități speciale sau plăcute, ci se află oarecum între sesiunile de joacă, astfel probabilitatea complianței la comenzi este mult mai mare.

Înainte să treceți la predarea următoarei proceduri din cadrul acestei sesiuni, ar trebui să le modelați părinților metoda, după care să treceți în revistă reacțiile părinților. În cazul în care trainingul se face individual cu o singură familie, această modelare efectuată de către terapeut ar putea fi făcută împreună cu copilul, permițându-le părinților să observe modul în care terapeutul utilizează tehnica. După aceasta, părinții vor exersa metoda în prezența terapeutului. În cazul trainingului de grup, metoda va fi modelată de terapeut și urmată de discuții în grup.

Reacții obișnuite ale părinților în legătură cu aceste metode

1. *Ce se întâmplă în cazul în care copilul nu reușește să se conformeze la comenzi/solicitări în săptămâna aceasta?* Spuneți-le părinților să reacționeze la noncomplianța copilului, așa cum au făcut-o până acum. Încă nu a venit momentul în care să le predați părinților procedurile de disciplină din acest program, așa că nu vă aventurați în predarea unor metode de disciplinare înainte ca pașii necesari să fie însușiți așa cum trebuie.
2. *Ce se întâmplă în cazul în care copilul nu se conformează comenzii pe care i-am dat-o în cadrul perioadei speciale de training al complianței?* Spuneți-le pur și simplu părinților să ignore deocamdată noncomplianța și să îi dea copilului o altă comandă simplă.
3. *Lauda nu l-a motivat niciodată pe copilul meu. De ce l-ar motiva săptămâna aceasta?* Deși această reacție nu este atât de comună ca și cele menționate mai înainte, ea apare uneori și exprimă ideea că părintele nu a înțeles, de fapt, esența ideii din etapa a doua adică, preferința copiilor pentru unele tipuri de laudă și atenție față de altele. Este posibil ca părinții să se fi folosit anterior de moduri ineficiente de alocare a atenției sau de laude nepotrivite; cu siguranță, nu le-au utilizat așa cum au fost învățați în cadrul acestui program. Puteți să le spuneți acestor părinți că, de fapt, lauda și atenția, pe care dumneavoastră vreți să le exprime ei, probabil că sunt diferite de ceea ce au folosit ei în prealabil și poate că, din această cauză, nu au reușit să motiveze copilul. Chiar și în aceste cazuri, pentru modificarea comportamentelor copilului, ar putea fi nevoie de mai mult de o săptămână de laude din partea părinților; altfel spus, este nevoie de o doză destul de mare de răbdare. În sfârșit, asemenea laude și alocare de atenție vor începe încet să schimbe stima de sine a copilului, chiar dacă nu apar modificări evidente și imediate în complianță. O modificare pozitivă în stima de sine a copilului este, în sine, un scop deosebit.
4. *Nu sunt prea dure comenzile date în acest mod?* Unii părinți cred că, atunci când dau comenzi în formă imperativă, violează bunele maniere, deoarece această formă nu include eticheta cererii de favoruri, cerințe sau alte aspecte ale relaționării sociale plăcute, aspecte care sunt deseori utilizate când le cerem celorlalți să facă ceva pentru noi. Deși asemenea maniere de bună creștere pot fi folosite cu copii care se comportă bine, în cazul copiilor suspectați de tulburări de comportament, probabilitatea ca asemenea abordări manierate să dea rezultatele scontate este foarte mică. Puteți să le spuneți părinților că, după ce copilul va începe să se comporte potrivit așteptărilor, vor putea reveni la un stil ce presupune mai multă politețe pentru a-i învăța pe copii normele bunelor maniere. Pentru moment, cel mai important ar fi ca acești copii să învețe cum să se supună autorității parentale. Asta nu înseamnă că părinții nu pot folosi în formularea comenzilor sintagme de genul „te rog”, dar comanda nu trebuie formulată ca cerere a unei favori, cum ar fi „Ce părere ai, ce ar fi să îți aduni jucăriile?” Cercetările au demonstrat că șansa de a induce complianță în cazul copiilor dificili, prin cea din urmă formulare de „comandă favoare”, este mult mai mică decât prin comenzile directe, formulate imperativ.

Discutarea comportamentelor disruptive ale copiilor

Înainte să începeți să distribuiți cea de-a treia fișă de lucru a acestei sesiuni, ar trebui să îi angajați pe părinți într-o discuție legată de tipurile specifice de comportament disruptiv întâlnite la copiii lor și care cred părinții că ar fi motivele pentru care aceste comportamente persistă. Părinții se plâng adesea că nu pot vorbi la telefon, nu pot discuta cu musafirii, cu soțul/soția, nu pot citi reviste sau ziare ori nu se pot angaja în vreo activitate, fără să fie întrerupți de comportamentul copilului problematic. Mulți părinți relatează că, de fapt, copiii fac acest lucru pentru a le atrage atenția, ceea ce este într-adevăr corect. Dar, în condițiile în care atenția alocată de părinți este un aspect motivator atât de puternic, care influențează comportamentele disruptive ale copilului, de ce nu încetează, oare, copiii să îi deranjeze pe părinți, tocmai pentru a putea primi atenția pe care o doresc? Trebuie neapărat să le puneți părinților această întrebare, deoarece răspunsul este evident: în familia respectivă se alocă foarte puțină atenție copiilor atunci când se joacă sau se supun comenzilor părinților sau când nu îi deranjează pe aceștia din activitățile în care sunt angajați.

Această situație poate fi ilustrată ușor prin exemplul discuțiilor la telefon. Mulți părinți care au copii cu probleme de comportament descriu situația ca fiind problematică pentru ei, din cauza comportamentelor disruptive ale copilului. Întrebați părinții dacă au întrerupt vreodată o convorbire telefonică, chiar și pentru o durată scurtă, pentru a striga la copil, pentru a-l muștra sau a-l disciplina pentru comportamentul lui nepotrivit. Majoritatea (dacă nu chiar toți) vor răspunde afirmativ la această întrebare. După aceasta, întrebați-i pe părinți dacă și-au întrerupt vreodată conversația telefonică pentru a-l lauda pe copil sau pentru a-i aloca atenție datorită faptului că *nu l-a întrerupt*, ci a fost cuminte. Foarte puțini sau poate că niciunul nu va răspunde afirmativ la această întrebare. Implicațiile acestei situații sunt că, în cazul în care copiii doresc să aibă parte de atenție din partea părinților, ei reușesc acest lucru doar dacă întrerup activitățile părinților, mai ales dacă respectiva activitate presupune ca atenția să fie orientată către o altă persoană și nu către copil. În mod cert, în cazul în care situația ar fi inversă și atenția părintelui ar fi orientată spre comportamentele non-disruptive, s-ar reduce frecvența comportamentelor disruptive și ar crește frecvența jocului independent.

Distribuirea și discutarea fișei de lucru a jocului independent

În acest moment, părinților le este distribuită a treia fișă de lucru a acestei etape, al cărei obiectiv major este orientarea atenției spre jocul independent. După ce ați distribuit fișele de lucru, explicați metoda descrisă în fișa de lucru, care este, de fapt, o procedură de modelare. Ideea de bază a procedurii este ca, la început, părinții să aloce frecvent atenție activităților copilului. După această perioadă, atenția alocată activităților copilului va fi redusă treptat, pe măsură ce copiii încep să petreacă perioade din ce în ce mai lungi fără să-l deranjeze pe părinte.

Puteți ilustra metoda, dând exemplul unui părinte care încearcă să citească ziarul sau să gătească. În oricare dintre aceste situații, părintele ar trebui să înceapă să îi dea copilului o activitate plăcută care să-l țină ocupat sau cel puțin să specifice că nu vrea să fie deranjat. De exemplu, părintele ar putea spune „Vreau să șezi aici și să colorezi desenul din cartea asta, în timp ce eu voi citi ziarul. Nu mă întrerupe.” După aceasta, părintele începe să citească ziarul, dar se oprește cam după vreo două minute ca să îl laude pe copil pentru faptul că nu l-a deranjat, după care comanda i se va repeta copilului și părintele va continua să citească. În continuare, părintele va citi mai departe o perioadă puțin mai lungă, după care va lauda copilul din nou pentru complianță,

părintele continuând să citească o perioadă și mai lungă, după care îl va lauda pe copil din nou. Treptat, intervalele dintre citit și oferirea laudei sau alocarea atenției vor fi din ce în ce mai lungi. În cazul copiilor foarte mici, vor fi folosite mici gustări din mâncarea preferată, pentru întărirea jocului independent.

Un progres similar poate fi observat în cazul în care părintele (mama în acest caz) vrea să gătească. Din nou, copilul este trimis să se joace puțin mai departe de mamă și i se spune să facă o activitate specifică (de exemplu, să se uite la televizor, să se joace cu cuburi etc.). După asta, mama începe să gătească, dar se oprește din când în când din gătit ca să laude copilul. Intervalele dintre întăririle administrate copilului sunt prelungite treptat, până când copilul va reuși să se joace 5-10 minute fără să își întrerupă activitatea (în funcție de abilitățile sale de dezvoltare), părintele alocându-i atenție doar la sfârșitul intervalului.

Pentru îndeplinirea acestui proces este nevoie de multă răbdare și simț organizatoric din partea părinților, dar cei mai mulți dintre ei vor reuși să stăpânească această procedură destul de ușor. Părinții ar trebui să țină seama de faptul că obiectivul major al activității nu este finalizarea a ceea ce au început ei să facă (citatul sau gătitul, din exemplele noastre), ci orientarea atenției către copil și recompensarea lui pentru că au reușit să nu își mai deranjeze părinții. Pe măsură ce sunt prelungite perioadele dintre întăriri și jocul independent al copilului, părinții vor reuși să citească sau să facă orice altă activitate fără să fie întrerupți.

Modelarea și exersarea alocării atenției în cadrul jocului independent

Acum, puteți modela metoda, luând copilul cu dumneavoastră într-o cameră de joacă sau într-un colț al cabinetului dumneavoastră, unde părintele vă poate observa în timp ce copilul se joacă, iar dumneavoastră citiți lângă el. Îi spuneți copilului să nu vă întrerupă. Deoarece copiii tind să îi asculte mai bine pe alții decât pe părinții lor în asemenea situații, nu ar trebui să întâmpinați probleme de noncomplianță față de această comandă. După aceasta, așezați-vă undeva lângă copil și citiți câteva rânduri dintr-un ziar înainte să îl puneți jos și să îl apreciați pe copil pentru faptul că nu v-a întrerupt din citit. Citiți o perioadă mai lungă de timp, după care laudați-l pe copil că s-a jucat singur și continuați-vă lectura. Așa cum s-a descris și mai sus, intervalele în care se citește sunt prelungite treptat, fiind urmate de întăriri ale comportamentului copilului. În continuare, în cazul în care trainingul se face în format individual, părinții vor exersa procedura sub supravegherea dumneavoastră.

Reacții obișnuite ale părinților la alocarea atenției în jocul independent

Deseori, părinții au reacții diferite față de această metodă. Mulți părinți își cresc copiii având moto-ul „nu deștepta câinele care doarme”. Acest moto, în viața de zi cu zi, se transformă pur și simplu în faptul că părinții nu le mai alocă atenție copiilor lor atunci când se comportă bine, de frică să nu cumva să le *trezească* interesul pentru comportamente nedorite. De fapt, acești părinți vor spune că au încercat să îi recompenseze pe copiii lor pentru comportamentele anterioare adecvate în jocul independent, însă au constatat că recompensele lor au stârnit episoade de noncomplianță sau aversiune. Explicați-le acestor părinți că, atunci când jocul independent al copiilor lor nu este recompensat, nu are niciun sens să se mai aștepte ca acesta să se repete cu o frecvență din ce în ce mai

mare. De fapt, este foarte probabil ca frecvența jocului independent să se reducă, drept consecință a lipsei întăririlor. De asemenea, spuneți-le acestor părinți că motivul cel mai plauzibil, pentru care copilului lor se comportă neadecvat atunci când i se dă atenție, este pentru că acesta a învățat că una dintre metodele cele mai eficiente de a acapara atenția și prezența părinților este tocmai prin aceste comportamente neadecvate. Dacă copiii ar fi continuat să se joace în liniște, părinții ar fi ieșit din încăpere. Astfel, acești copii au învățat că atunci când părinții îi laudă, cea mai bună cale de a capta atenția părinților este să înceapă să nu se mai comporte așa cum trebuie. În schimb, tehnica discutată în această etapă îi învață pe părinți să îi recompenseze pe copii pentru jocul lor independent și să-i ignore sau să părăsească încăperea în situația în care aceștia încep să nu se mai comporte așa cum trebuie.

O a doua reacție din partea părinților este aceea de a se plânge că nu reușesc să-și termine activitățile din moment ce trebuie să tot întrerupă ceea ce au de făcut și să aloce atenție jocului independent al copilului. Deși acest fapt este absolut adevărat, mai ales la început, este posibil ca, după câteva zile, copilul să învețe să se joace singur, prelungind astfel perioadele în care nu-l deranjează pe părinte. Ca rezultat, copilul se va juca singur pe toată perioada de timp în care părintele este implicat în propriile sale activități, fără să aibă nevoie de întăririi frecvente pentru a se juca singur (desigur, acest lucru este influențat de anumite limite de dezvoltare ale câmpului atențional al copilului). Inițial, părinții trebuie doar să investească timp pentru a supraveghea mai frecvent copilul, pentru a-și atinge în final scopul și a-l determina pe copil să se joace singur pe perioade mai lungi de timp.

Îmbunătățirea abilităților părinților de monitorizare a activităților copilului

Cercetările arată că monitorizarea neadecvată a comportamentelor și a activităților copiilor contribuie în mare măsură nu doar la dezvoltarea comportamentelor agresive și noncompliance față de alții (mai ales frați și copii de aceeași vârstă), ci și la dezvoltarea comportamentelor antisociale ilegale (Loeber, 1990; Patterson, 1982; Patterson și colab., 1992). Comportamente antisociale latente cum ar fi furtul, distrugerea proprietății, vandalismul, incendierea, precum și minciuna pentru a evita pedeapsa, par să fie în floare mai ales în situațiile în care părinții nu reușesc să monitorizeze adecvat activitățile copilului dificil nici acasă și nici în afara casei. Această monitorizare nu constă în supervizarea constantă și imediată a fiecărei activități a copilului, ci în verificarea frecventă, periodică a activităților copilului, la intervale aleatoare, în situațiile în care copilul nu este lângă părinte.

Ar trebui să îi încurajați pe părinți să își întrerupă periodic activitățile, să localizeze copilul și să îl recompenseze pentru comportamentele sale adecvate pe care le-a avut în absența părintelui. O asemenea monitorizare ar trebui să fie destul de frecventă și imprevizibilă pentru copil. În cazul în care copilul nu s-a comportat așa cum trebuie, va primi o pedeapsă ușoară. Una dintre dificultățile cele mai mari cu care părinții se confruntă în monitorizarea comportamentelor copilului este faptul că uită să facă exact ceea ce am descris mai sus, părintele fiind prea ocupat cu activitățile în care este angajat. Părinții pot să-și exerseze mai frecvent abilitățile de monitorizare prin folosirea unui ceas deșteptător. Se potrivește ceasul deșteptător să sune după perioade de timp diferite, iar când sună ceasul, părinții își întrerup activitățile și se duc să verifice ce face copilul.

Tema de casă

În această săptămână, părinții ar trebui să încerce să laude și să aprecieze copilul atunci când se supune comenzilor. Ar trebui, de asemenea, să exerseze în continuare metodele prin care se poate spori eficiența comenzilor lor și ar trebui să implementeze zilnic două sau trei perioade de training al complianței. Activitățile din „perioada specială” ar trebui să continue, fără, însă, a mai fi necesar ca părinții să ia notițe.

Pentru a exersa alocarea atenției în jocul independent, părinții sunt instruiți să aleagă una sau două situații în care copilul îi deranjează din activitățile lor și să exerseze aceste proceduri tot timpul. După părerea noastră, este mai utilă concentrarea inițială asupra situațiilor din cadrul locuinței familiei decât concentrarea pe activități care au loc în locuința altora sau în locuri publice. Pentru exersarea acestor proceduri, unii părinți ar putea prefera situația convorbirilor telefonice. În acest caz, un membru al familiei ar trebui rugat să îl sune pe părinte zilnic, doar ca să poată exersa modelarea acestei proceduri. Astfel, părinții pot întrerupe frecvent apelul telefonic pentru a alocă atenție jocului independent al copilului, fără să pară foarte nepoliticoși celui care i-a sunat. Treptat, părinții vor putea utiliza metoda și cu alte persoane care îi sună, fără a mai folosi atât de frecvent întăririle pentru comportamentele copilului. Părinții ar trebui să scrie zilnic câteva propoziții prin care să descrie succesul sau problemele pe care le-au întâmpinat în exersarea metodei. În cazul în care ambii părinți sunt acasă, fiecare dintre ei ar trebui să aleagă o activitate diferită pe care să o exerseze.

Părinții ar trebui avertizați că simpla sporire a atenției față de complianță și față de jocul independent nu sporește automat comportamentele compliante ale copilului și nu descrește automat comportamentele disruptive ale acestuia. Pentru unii copii, utilizarea laudei trebuie continuată o perioadă destul de lungă înainte să aibă efect semnificativ în îmbunătățirea complianței. Pentru alți copii, mai ales cei mai devianți, lauda nu este suficientă ca formă de întărire. Spuneți-le părinților că, în cele ce urmează, se vor preda forme mai puternice de întărire. Deocamdată, ei ar trebui să-și exerseze abilitățile de a lăuda și de a alocă atenție pe cât se poate, pentru a încuraja comportamentele compliante și a îmbunătăți stima de sine a copilului.

De asemenea, părinții ar putea avea nevoie să li se reamintească să încerce monitorizarea mai frecventă și mai bună a activităților și a comportamentelor copilului lor, mai ales dacă, din comentariile părinților în cadrul evaluării și al intervenției, v-ați dat seama că stilul lor de a monitoriza copilul nu este unul adecvat pentru vârsta acestuia.

ETAPA 4

Când lauda nu este suficientă: jetoane și puncte

Obiective:

1. Stabilirea un sistem formal prin care privilegiile oferite copilului sunt contingente cu complianța la comenzile părinților. Acest lucru se poate realiza prin implementarea acasă a sistemului de recompense cu simboluri;
2. Sporirea atenției parentale alocate activităților copilului și întăririle oferite pentru complianța copilului și pentru comportamentele sale adecvate;
3. Reducerea arbitrarității parentale în oferirea de privilegii copilului.

Materiale necesare:

- Chestionarul de evaluare a situațiilor de acasă;
- Scala de evaluare a tulburărilor de comportamente disruptive – Varianta pentru părinți;
- Fișa de lucru pentru părinți pentru etapa a patra;
Sistemul de recompense cu jetoane/puncte.

Sumarul etapelor:

- Verificarea temei de casă;
Cum să dați comenzi eficiente.
Cum să alocați atenție complianței și jocului independent.
Sporirea monitorizării de către părinți a activităților copiilor.
- Re-evaluați comportamentele disruptive ale copilului prin utilizarea scalelor de evaluare;
- Evidențiați nevoia de a introduce un program special de recompense.
- Explicați avantajele sistemului de recompense cu jetoane/puncte;
- Distribuți fișele de lucru pentru părinți;

- Stabiliți sistemul de simboluri;
Alegerea jetoanelor sau a punctelor.
Alcătuirea unei liste cu privilegii.
Alcătuirea unei liste cu comportamentele țintă ale copilului.
Alocarea prețului și a răsplății.
Explicați precauțiile care trebuie luate înaintea începerii programului.
- Treceți în revistă reacțiile părinților în raport cu aceste metode.

Teme de casă

- Continuați utilizarea metodelor învățate anterior.
- Implementați sistemul de recompense pe jetoane sau puncte.
- Aduceți la următoarea sesiune lista privilegiilor și a comportamentelor țintă.

Atunci când veți verifica temele de casă date în săptămâna anterioară, veți observa că doar puțini părinți au reușit să implementeze cu succes metoda alocării atenției pentru comportamentele compliante ale copilului sau pentru situațiile în care copilul nu a deranjat părintele din activitățile în care era angajat. Alți părinți ar putea relata o oarecare îmbunătățire, dar nu sunt impresionați de metode, în timp ce alții nu relatează niciun fel de succes. Încurajați-i pe părinți să nu se dea bătăuți, deoarece în această etapă își vor însuși un sistem foarte eficient prin care vor putea spori complianța copiilor. Putem spune că aproape jumătate dintre familii raportează o remisiune aproape totală a problemelor comportamentale ale copilului pe parcursul săptămânii următoare, ca urmare a implementării noului program. Alții vor relata un succes remarcabil, cu toate că unele probleme comportamentale vor persista. În condițiile în care au implementat corect metoda, sunt foarte puține familiile care nu raportează nicio îmbunătățire în urma implementării metodelor învățate.

Re-evaluarea comportamentelor disruptive ale copilului

Așa cum s-a discutat anterior, în cadrul acestui program, clinicianul trebuie să re-evalueze comportamentele neadecvate ale copilului. Partea de început a acestei etape este tocmai perioada potrivită pentru acest lucru. Așa cum s-a întâmplat și în prima parte a etapei întâi, terapeutul ar trebui să administreze părinților din nou scalele *Scala de evaluare a situațiilor de acasă* și *DBDRS-VP* (vezi etapa a treia) la începutul acestei sesiuni. Rezultatele pot fi folosite pentru a le compara cu cele din etapa întâi. Să nu vă așteptați la îmbunătățiri prea spectaculoase în aceste evaluări de-a lungul ultimelor trei etape, deoarece tehnicile majore de schimbare a comportamentului nu le-au fost încă predate părinților.

Nevoia unui program special de recompense

Cercetarea științifică a evidențiat faptul că foarte mulți copii care au fost trimiși pentru evaluare clinică au probleme semnificative de atenție susținută, de impulsivitate și auto-control, care sunt mai degrabă caracteristici firești ale abilităților comportamentale și mentale ale copilului decât comportamente neadecvate învățate. Acești copii par să fie mai puțin impresionați de lauda socială și de atenția care li se alocă. În consecință, deseori, ei nu prezintă îmbunătățiri ale comportamentului lor ca urmare doar a atenției sporite din

partea părinților ca răspuns la supunerea lor față de comenzile date. În asemenea cazuri, este nevoie de programe de întărire mai puternice decât cele prezentate până acum. Aceste aspecte pot fi legate de discuțiile anterioare din Etapa 1 despre caracteristicile temperamentale și abilitățile de dezvoltare ale copiilor. Pe scurt, unii copii pur și simplu nu vor atinge un nivel normal de complianță doar pentru a obține laudă socială sau pentru a primi atenție; în asemenea cazuri, este necesară utilizarea unor sisteme de recompense mai puternice. În cazul acestor copii, lauda nu este suficientă!

Ar fi util să recapitulați ideea prezentată în Etapa 1, care se referea la faptul că unii copii, cum ar fi cei diagnosticați cu ADHD, au un deficit semnificativ de control comportamental. Acești copii au nevoie de metode protetice de modificare comportamentală pentru a reuși să îndeplinească sarcinile pe care alți copii le îndeplinesc fără a fi nevoie de astfel de programe intensive, formale sau artificiale de recompense. Explicarea acestor noțiuni în cadrul acestei etape răspunde, de fapt, la întrebările multor părinți: „Alți copii nu au nevoie de asemenea recompense speciale ca să facă ceea ce li se cere; al meu de ce ar avea?”. În mod evident, răspunsul este că unii copii *au nevoie* de astfel de programe sistematice de recompensare, în timp ce alții nu au. Cu toate acestea, uneori chiar și copiii normali își îmbunătățesc comportamentul în urma implementării sistemului de recompense cu jetoane sau puncte.

Chiar și în cazul unor copii cu probleme de comportament opoziționist sau noncompliant, dar care de altfel sunt normali, aceste sisteme pe puncte produc îmbunătățiri comportamentale mult mai rapide decât dacă s-ar fi folosit doar lauda, ca singură modalitate de întărire. În plus, utilizarea acestor sisteme de recompense cu simboluri poate reduce semnificativ comportamentele neadecvate ale copiilor, până aproape de normal, cu modificări stabile chiar și după ce se întrerupe sistemul de recompensare. Ca urmare, recomandăm utilizarea acestei metode în cazul copiilor de 4 ani sau mai mari, care manifestă comportamente opoziționiste sau noncompliance.

Ar trebui să le spuneți părinților că cei mai mulți dintre ei folosesc deja un program de recompensare informală, mai puțin sistematică în cazul copilului lor. Deseori, părinții își completează laudele și atenția alocată pentru complianță cu promisiuni legate de anumite privilegii, activități, alocării sau recompense reale. Singura procedură adițională pe care o introduceți dumneavoastră ca terapeut este o metodă care îi permite atât părintelui, cât și copilului să se asigure că acesta din urmă într-adevăr merită să primească privilegiile promise. În plus, adoptarea sistemului de recompense pe jetoane și al celui pe puncte le permite, de asemenea, părinților să întărească mai rapid comportamentele copilului, rezultând un mai mare control al comportamentelor acestuia. Un asemenea sistem le permite părinților să aibă tot timpul la îndemână o metodă de recompensare a copilului pe care o pot folosi în cazurile în care vor să monitorizeze comportamentele copilului.

Explicați-le părinților că sistemele de recompense cu jetoane și puncte sau cel de economie de puncte sunt similare sistemului monetar din societatea noastră, doar că este aplicat la o scară mai redusă. În loc să folosească bani de hârtie sau din metal, familia va folosi jetoane pentru copiii mai mici (până la 7 ani), în timp ce, pentru copiii mai mari, se folosește un sistem pe puncte care sunt trecute într-un carnet. La fel ca în economie, în cadrul acestui sistem, copiii vor putea câștiga jetoane sau puncte pentru ceea ce „fac” sau pentru complianța lor, pe care, ulterior, le vor putea „cheltui” pentru a obține diverse lucruri pe care și le doresc și care vor avea funcția de recompense pentru copil.

Pe baza experienței clinice practice în cadrul acestui program, se poate spune despre copiii de 3 ani sau mai mici că nu răspund la fel de bine, poate fiindcă nu și-au însușit încă abilitățile necesare înțelegerii întăririlor simbolice cum ar fi jetoanele, punctele sau banii. În plus, conceptele lor legate de bani probabil nu sunt încă dezvoltate în mod adecvat, pentru a le permite aprecierea unităților de plată utilizate. Indiferent de motiv,

nu încurajăm folosirea acestui program cu copiii mai mici de 3 ani. În schimb, părinții ar putea fi instruiți cum să implementeze programe de întărire care presupun recompense mai tangibile și mai directe, pe care copilul le poate înțelege, cum ar fi gustări, sucuri, sau jucării care pot suplimenta atenția și afecțiunea părinților ca forme de recompensă. În cazul copiilor cu vârste cuprinse între 4 și 7 ani, recomandăm utilizarea programului de recompense cu jetoane, care le permite copiilor să vadă și să schimbe întăririle reale (jetoane) ale acestui program. În cazul copiilor mai mari de 8 ani, se pare că sistemul, în care se pot câștiga sau se pot cheltui puncte înregistrate într-un caiet, funcționează cel mai bine. Decizia pentru programul ales trebuie să se bazeze pe evaluarea clinică. Unii copii de 8-9 ani se descurcă mai bine în cadrul unui program pe jetoane decât într-unul pe puncte. Deseori, părinții pot sugera programul pe care îi consideră că ar funcționa cel mai bine în cazul copiilor lor.

Avantajele sistemului de recompense cu jetoane/puncte

În continuare, terapeutul ar trebui să le explice părinților numeroasele avantaje ale acestui sistem de recompensare. Pe scurt, acestea sunt:

1. Sistemul pe puncte le permite părinților să *se folosească de recompense mai puternice* în încercarea lor de a controla comportamentele copiilor lor, decât ceea ce le-ar permite doar lauda socială sau alocarea atenției. De acum încolo, se pot aștepta la îmbunătățiri mult mai rapide ale complianței copilului decât cele pe care le-ar obține doar prin alocarea atenției sociale.
2. Sistemul de recompense cu simboluri (este un sistem de recompensare *foarte comod*). Jetoanele și punctele pot fi duse oriunde, pot fi folosite oricând pentru a obține efectiv orice formă de privilegiu sau stimulente.
3. Recompensele prin simboluri *își păstrează valoarea sau eficiența de-a lungul zilei și în mai multe situații*. Deseori, copiii se satură repede de recompensele alimentare sau de alte recompense, care își pierd puterea motivatoare și, de vreme ce copilul s-a plictisit de ele, nu mai produc modificările comportamentale dorite. Deoarece simbolurile pot fi schimbate pe o varietate aproape nelimitată de recompense, eficiența lor ca întăriri este mai puțin probabil să fluctueze și copilul nu se va satura de o anumită recompensă.
4. Sistemele pe simboluri permit o *abordare mai organizată, mai sistematică și mai obiectivă* a managementului comportamental al copilului. Prin acest sistem, reiese foarte clar ce câștigă copilul pentru realizarea unui anumit comportament și de câte puncte sau jetoane este nevoie pentru obținerea unui anumit privilegiu sau a unei anumite recompense. De asemenea, lucrurile sunt foarte clare și pentru părinte. Acest lucru împiedică apariția arbitrarității care se face simțită deseori în managementul tipic al comportamentului copilului. De exemplu, în situațiile în care în entuziasmul momentului, copilului i se promite o recompensă sau un privilegiu, mai degrabă deoarece părintele este bine dispus și nu deoarece copilul ar fi meritat. De asemenea, îi împiedică pe părinți să conteste recompensa pe care copilul a câștigat-o prin acumularea de jetoane sau puncte, doar pentru că, în timpul zilei, copilul a avut un singur comportament neadecvat.
5. Sistemul de recompense cu simboluri *se finalizează în atenție parentală sporită față de comportamentele adecvate și complianța copilului*. Deoarece părinții trebuie să distribuie simbolurile (jetoane sau puncte), ei trebuie să alocă mai

multă atenție copilului și să reacționeze mai des la comportamentele lui, pe care, altfel, le-ar fi ignorat. De asemenea, și copiii îi fac conștienți mai des pe părinți de succesul sau de realizările lor, pentru a câștiga punctele promise.

6. În sistemele de recompense cu simboluri, este, de fapt, vorba despre un concept fundamental din societate, și anume că privilegiile și recompensele, precum și celelalte lucruri la care râvnim în viață pot fi obținute în funcție de modul în care ne comportăm. Este vorba, de fapt, despre etica muncii, pe care părinții doresc să le-o transmită copiilor: cu cât copiii muncesc mai mult și cu cât își asumă mai multe responsabilități, cu atât va fi mai valoroasă recompensa pe care o vor primi.

Implementarea programului de recompense pe jetoane

Așa cum s-a menționat anterior, programul de recompense pe jetoane vizează în general copiii cu vârste cuprinse între 4 și 7 ani. Părinții pot să vă ajute când decideți dacă, în cazul copilului lor, ar fi mai eficientă implementarea sistemului de recompense cu jetoane sau a celui pe puncte. În cele ce urmează, se vor discuta pașii pe baza cărora se poate implementa programul de recompense cu jetoane, în timp ce modificarea lor într-un sistem pe puncte se va discuta în etapa următoare. Părinții vor primi fișa de lucru pentru această etapă și fiecare pas se va discuta în detaliu. Pașii necesari pentru implementarea programului de recompense cu jetoane sunt:

1. Decideți ce tipuri de jetoane se vor folosi. Încurajăm părinții să folosească tipul standard de jetoane din plastic, deși pot folosi și nasturi sau orice fel de simboluri mărunte, care nu se deteriorează repede. În cazul în care se folosesc jetoane colorate, s-a observat că este util dacă se ia câte unul din fiecare culoare (alb, albastru și roșu) și se lipește pe o foaie de carton, pe care să o expună părinții într-un loc vizibil din casă, unde poate fi văzută cu ușurință de către copil (de exemplu, pe ușa frigiderului în bucătărie). Pe fiecare jeton, părintele trebuie să treacă suma pe care o reprezintă jetonul respectiv. De exemplu, cel de culoare albă poate valora 1 jeton, cel de culoare albastră 5 jetoane, iar cel de culoare roșie, 10. În cazul copiilor cu vârste cuprinse între 4 și 5 ani, indiferent de culoare, fiecare jeton valorează 1 jeton.
2. Părintele ar trebui să aloce suficient timp ca să îi explice copilului programul care urmează să fie implementat. Părinții pot să le explice copiilor că doresc să le ofere o paletă mai largă de recompense pentru toate activitățile pe care ei le fac acasă. Astfel, deseori, discuția despre implementarea programului capătă un ton pozitiv, care funcționează mai bine decât dacă i s-ar spune copilului că de acum încolo i se vor lua toate privilegiile, pe care, dacă le va vrea înapoi, va trebui să le merite.
3. În pasul următor, părintele, împreună cu copilul vor face o cutie pe care o vor folosi în loc de „bancă/pușculiță” în care se vor depune jetoanele câștigate de copil. Părinții pot înveseli și mai mult procesul, dacă decorează o cutie de pantofi sau un borcan mare de plastic cu desenele copilului.
4. Părintele ar trebui să aloce suficient de mult timp pentru a sta cu copilul și a face o listă cu privilegiile pe care acesta și le dorește. În general, copiii vor sugera privilegii speciale sau excepționale pe care, de obicei, nu le-ar primi oricând, cum ar fi: să mănânce la restaurant, să se ducă la cinema sau să primească jucării. Părinții pot să treacă pe listă aceste privilegii, dar ar trebui să le treacă și pe acelea pe care copiii le pot primi zilnic, cum ar fi să se uite

mai mult la televizor, să joace jocuri video, să se dea cu bicicleta, să se ducă în vecini la un prieten și așa mai departe. Lista nu poate conține mai puțin de 10 privilegii; cel mai bine ar fi 15. Aproximativ o treime dintre aceste privilegii ar trebui să fie recompense de scurtă durată, care îi sunt disponibile zilnic copilului și pentru care va trebui să „plătească” doar puține jetoane. Astfel de privilegii pot fi: statul la televizor, jocurile video, mersul pe bicicletă sau pe role, jocul cu o jucărie specială din casă, vizita la un prieten din vecini, un desert special după masă și așa mai departe. Aproximativ o treime dintre privilegii, pe care copilul le poate obține cu jetoanele câștigate în decurs de câteva zile de complianță, ar trebui să fie de durată medie. Asemenea privilegii ar fi să se ducă puțin mai târziu la culcare, să se uite la un film anume sau la un program care se transmite rar, să doarmă la un prieten sau să îi ajute pe părinți la o activitate care îi place (de exemplu, să facă prăjituri sau să construiască ceva etc.). O altă treime dintre privilegii ar trebui să fie de lungă durată și să reprezinte ceva ce copilul își dorește foarte mult, cum ar fi cumpărăturile într-un magazin, ieșirea la cinema sau la restaurant, închirierea unui film sau a unui joc video, o excursie, organizarea unei petreceri cu prietenii și așa mai departe. Acestea vor fi privilegiile scumpe, pentru care copilul va trebui să plătească cu jetoane pe care le-a adunat în mai multe zile sau chiar săptămâni.

Avertisment: părinții nu ar trebui să le ceară copiilor jetoane pentru anumite sarcini casnice sau necesități cum ar fi hrana, îmbrăcatul copilului dacă este nevoie, aranjarea paturilor și așa mai departe.

5. În această parte a programului, copilul și părintele ar trebui să coopereze în conceperea unei liste de activități, de responsabilități sau de alte comportamente a căror frecvență părintele dorește să o mărească (de exemplu, împărțirea jucăriilor cu frații, să își aștepte rândul până când ceilalți termină ce au de vorbit etc.). Această listă poate conține activități cum ar fi aranjarea patului, curățenia în camera lui, pregătirea pentru culcare, îmbăierea și așa mai departe, în cazul în care complianța la ele a avut până acum redusă. Părintele ar putea include și comportamente sociale cum ar fi: să nu înjure, să nu lovească alte persoane, să nu mintă sau să nu fure. Pentru a determina copilul să nu facă ceva neadecvat, părinții vor trebui să stabilească anumite perioade de timp după care îl vor „plăti” pe copil dacă reușește să nu-și manifeste respectivele comportamente nedorite. De exemplu, unui copil care discută deseori în contradictoriu cu părintele i se pot da trei jetoane dacă nu se ceartă cu părintele între micul dejun și prânz, încă trei jetoane dacă face la fel între prânz și cină și alte trei jetoane pentru perioada dintre cină și culcare.
6. De asemenea, cred că părinții ar trebui să le spună copiilor că vor primi jetoane „bonus” pentru atitudinea lor din timpul în care fac activitățile menționate. Aceste bonusuri nu vor fi date de fiecare dată când copilul face activitatea cerută, ci vor fi date doar în momentul în care părintele le poate include în recompensele pentru manifestările emoționale pozitive ale copilului, din timpul îndeplinirii sarcinii.
7. Părintele ar trebui să ia acum lista de activități de la punctul 5 și să decidă câte jetoane va „plăti” pentru fiecare dintre ele. În cazul copiilor de 4-5 ani, numărul jetoanelor oferite poate varia între unu și cinci; pentru copiii mai mari, numărul poate varia între limite mai mari. În general, cu cât este mai dificilă activitatea, cu cât necesită mai mult efort sau cu cât copilul va

realiza mai greu ceea ce i se cere, cu atât părintele va alocă mai multe jetoane activității respective.

8. În acest moment, părintele trebuie să decidă cu cât va trebui să-l „taxeze” pe copil pentru fiecare recompensă de pe listă. Acest lucru se poate face cel mai simplu prin a aproxima cam câte jetoane poate aduna copilul prin activitățile sale de rutină într-o zi obișnuită de pe lista de la punctul 5. Cu această cifră în minte, părintele ar trebui să aloce destule jetoane pentru fiecare privilegiu, în așa fel încât aproximativ două treimi din ceea ce a câștigat copilul într-o zi să fie cheltuit pe recompense pe care copilul le vrea zilnic (să se uite la televizor, să se dea cu bicicleta etc). Astfel, copilul poate economisi aproximativ o treime dintre jetoanele pe care le va putea cheltui pe recompense de durată medie sau lungă. Acestea sunt doar niște idei generale pe care părinții le pot urma. Odată ce sistemul este implementat, se pot face ajustări prin care sistemul să fie echitabil. Cu cât privilegiile sunt mai importante și mai scumpe, cu atât copilul va trebui să cheltuiască mai multe jetoane pe ele. Părinții ar putea include și bani ca posibile recompense, pe care copiii să îi poată „cumpăra”. În acest caz, trebuie stabilită o limită de bani care pot fi „cumpărați” de către copil în fiecare săptămână, împiedicându-i astfel pe copii să cumpere numai bani. Banii vor fi dați într-un mod similar alocăției pe care o primesc copiii.
9. Sistemul de recompense cu jetoane se va implementa după săptămâna în care aceste liste sunt completate. S-a observat că, în cazul copiilor mici, care nu știu încă să citească, este foarte util ca, pe lângă listele pe care le scriu mamele lor privind recompensele și activitățile pe care trebuie să le facă, să deseneze în dreptul fiecărei recompense sau activități câte ceva reprezentativ pentru acea activitate sau recompensă. Părinții i-ar putea ajuta răsfoind reviste, decupând imagini pe care să le lipească lângă fiecare activitate sau recompensă.

Stabilirea sistemului de recompense cu puncte

În cazul copiilor de 8 ani sau mai mari, pentru întăriri se folosesc mai degrabă puncte în loc de jetoane. Părinții iau un caiet și îl structurează asemeni unui carnet de cecuri. Se fac cinci coloane: pentru dată, item, depunere, retragere și balanța actuală. După aceasta, ori de câte ori copilul va fi recompensat pentru complianța sa, părintele va trece data, o mențiune în coloana „itemi” descriind pe scurt comportamentul copilului, numărul de puncte obținute va fi trecut în coloana „depuneri”, ceea ce va crește balanța, reflectând noua depunere. Atunci când copilul cheltuiește puncte „cumpărând” recompense, părintele va trece în coloana „itemi” recompensa, va trece în coloana „retrageri” valoarea recompensei, pe care o va scădea din suma coloanei „balanță”. Copilului nu i se permite niciodată să scrie în caiet, doar părintele poate face acest lucru.

Lista privilegiilor se construiește în același mod ca cel descris la programul cu jetoane, cu excepția, desigur, a faptului că privilegiile vor fi potrivite vârstei copilului. Lista activităților trecute va fi ceva mai complexă decât lista programului pe jetoane, deoarece abilitățile mai dezvoltate ale copilului îi permit realizarea unor sarcini casnice mai complexe decât cele pe care le poate îndeplini un copil mai mic.

Numărul punctelor alocate fiecărui privilegiu și fiecărei activități de pe listă este determinat în aproximativ același fel ca în cazul sistemului cu puncte. Cu cât activitatea este mai dificilă, cu atât se vor da mai multe puncte pentru realizarea ei. Cu cât este mai prețioasă recompensa, cu atât se vor lua mai multe puncte pentru ea. Singura diferență

între sistemul cu jetoane și cel cu puncte este că, în sistemul cu puncte, se folosesc mai multe puncte. De obicei, se folosește un registru de puncte între 20 și 200 de puncte, pentru a plăti diferitele activități ale copilului. De exemplu, se plătesc 15 puncte pentru fiecare 15 minute de activități în casă (terminarea temelor de casă etc.). De asemenea, se va alocă un registru larg de puncte pentru recompense și privilegii.

În general, sistemul cu puncte funcționează în același fel ca și programul cu jetoane. Ambii părinți ar trebui să utilizeze acest sistem și ambii ar trebui să recompenseze copilul cât se poate de repede după ce acesta s-a supus comenzii. Lista de privilegii și de activități ar trebui revizuită periodic și modificată, potrivit-o, astfel, cu dorințele copilului și ale părintelui.

Precauții înaintea începerii programului

Deși programul cu simboluri este foarte ușor de implementat și de administrat, sunt, totuși, câteva aspecte importante la care părinții ar trebui să fie atenți în primele săptămâni ale aplicării. Asigurați-vă că le prezentați părinților aceste aspecte înaintea terminării acestei ședințe. Principiul major pe care părinții trebuie să îl aibă în vedere se referă la faptul că programul cu jetoane se aplică doar pentru recompensarea comportamentelor adecvate. În cazul în care nu sunt atenționați, uneori părinții au tendința să folosească acest program și pentru pedepsirea comportamentelor neadecvate, prin confiscarea jetoanelor pe care copilul le câștigase anterior. S-a observat că atunci când părinții folosesc acest program pentru penalizarea copilului, în prima săptămână a aplicării sale, deseori copiii își pierd interesul față de program, înainte să devină destul de motivați pentru a participa în continuare la program. În săptămânile care urmează, le veți explica părinților cum să transforme acest program într-unul prin care pot pedepsi copilul; însă acest lucru nu poate fi făcut în prima săptămână sau în perioada în care se implementează (și consolidează) programul. DECI, ÎN PRIMA SĂPTĂMÂNĂ, ACEST PROGRAM NU POATE FI FOLOSIT PENTRU PENALIZARE/PEDEPSĂ!

Ar trebui atrasă atenția părinților asupra faptului că șansa copiilor de a participa în programul de recompense pe jetoane este mai mare, dacă în prima săptămână părinții le oferă mai multe jetoane decât le-ar oferi de obicei. Copiii ar trebui recompensați chiar și pentru cele mai simple comportamente adecvate, ca să li se arate cât de ușor se pot obține jetoane în cadrul acestui program și ca să îi motiveze mai mult pentru participarea la program. „Zgârcenia” părinților din această săptămână poate împiedica mult dezvoltarea motivării copilului de a participa și de a coopera mai departe.

Ar trebui, de asemenea, să le spuneți părinților că jetoanele se dau doar după ce copilul a manifestat comportamente adecvate sau a realizat o sarcină, dar niciodată nu se vor da jetoane înainte ca acesta să facă ceea ce i s-a cerut. Unii copii vor încerca să negocieze cu părinții sau să încerce într-un fel sau altul să obțină jetoane în avans, mai ales dacă doresc să participe la activități dezirabile pe care deocamdată nu și le permit. Regula care trebuie respectată este următoarea: dacă nu are jetoanele necesare „cumpărării” unei recompense, copilul nu va primi recompensa respectivă.

Atunci când oferă jetoanele, părintele trebuie să le dea pe un ton plăcut, specificând comportamentul pentru care copilul este recompensat, laudându-l sau exprimându-și simultan aprecierea față de copil. Atunci când copilul schimbă jetoane pe recompense, el trebuie să „scoată jetoanele din pușculiță” și să i le dea părintelui. Nu îi sfătuim pe părinți să scoată ei jetoanele din „pușculiță” copilului, deoarece scoaterea din și depunerea jetoanelor în „pușculiță” este în sine un act care sporește eficiența programului.

În cazul copiilor la care se pune problema furtului de jetoane, părinții trebuie să fie atenți ca jetoanele să nu fie la îndemână, descurajând astfel „șterpelitul”. Copilul are acces doar la jetoanele din propria sa bancă/pușculiță.

În cazul în care ambii părinți sunt acasă, i-am încuraja pe ambii să utilizeze sistemul de jetoane pentru recompensarea comportamentelor adecvate ale copilului. Cu toate acestea, de obicei mamele sunt cele care utilizează mai frecvent acest program. Deși acest lucru poate fi justificat prin faptul că unul dintre părinți petrece de obicei mai mult timp cu copilul, și celălalt părinte ar trebui încurajat să se folosească de această metodă, când are timp să stea cu copilul. Astfel, poate crește consecvența procedurilor de management al copilului, între părinți.

Jetoanele pot fi folosite pentru recompensarea oricăror comportamente adecvate ale copilului, chiar și atunci când acestea nu sunt trecute pe listă. Acest lucru ar trebui repetat părinților, deoarece unii se țin mult prea rigid de prescrierile programului, pierzând astfel multe ocazii în care pot întări complianța copilului. De asemenea, părinții pot începe să recompenseze jocul independent al copilului în perioadele în care părintele este ocupat. Metoda de modelare, descrisă în Etapa 3, poate fi întărită prin utilizarea jetoanelor, pe lângă alocarea atenției ca recompensă. Imediat după ce copilul se supune comenzilor, trebuie să i se dea jetoane. Cu cât se dau jetoanele mai târziu, după ce copilul s-a supus acestora, cu atât influența programului asupra complianței copilului, va fi mai redusă.

Din două în două săptămâni, părinții ar trebui să revizuiască lista recompenselor împreună cu copilul, ca să vadă dacă ar trebui adăugate recompense noi sau ar trebui eliminate altele, deoarece copilul nu le-a cerut niciodată. De asemenea, ar trebui adăugate pe listă noi activități și responsabilități cu care atât părintele, cât și copilul sunt de acord.

S-a observat că este util dacă părinții se opresc periodic din activitățile lor în timpul zilei, să zicem 20-30 de minute, pentru a monitoriza activitățile copilului și a observa dacă merită o recompensă pentru ceea ce face. Unii părinți pun un ceas deșteptător să sune pentru a le aminti că trebuie să monitorizeze comportamentul copilului. Alții se folosesc de ceasuri de mână care au alarmă. În unele cazuri, sugerăm părinților să se folosească de bilețele cu fețe zâmbitoare pe care să le lipească în locuință în locuri unde sunt șanse foarte mari să le vadă. Aceste bilețele au scopul de a le aduce aminte să observe și să întărească din când în când comportamentele copilului. Locuri cum ar fi fața unui ceas, oglinda, telefonul sau telecomanda televizorului sunt ideale pentru a lipi aceste bilețele care să le reamintească că ar fi cazul să monitorizeze și să întărească comportamentele copilului.

Părinții ar trebui să aibă destulă răbdare de-a lungul acestui program. Deși mulți copii, chiar din prima zi a implementării acestui program, prezintă modificări pozitive în ceea ce privește complianța, alți copii au nevoie de mai multe zile sau chiar de o săptămână până când programul va fi destul de motivant, încât să îmbunătățească complianța copilului. Unii copii opoziționiști ar putea chiar refuza participarea la acest program, crezând că, dacă boicotează programul sau se împotrivesc, părintele ar putea la un moment dat să renunțe la folosirea procedurii. În aceste cazuri, li se spune părinților să continue programul indiferent de reacția inițială a copilului. Copiii pur și simplu nu vor avea acces la recompensele de pe listă dacă nu îndeplinesc ceea ce li se cere. Unii dintre acești copii vor ajunge să petreacă câteva zile fără să primească vreun privilegiu sau recompensă și vor continua așa până când vor înțelege principiul de bază al acestei proceduri. După ce vor înțelege ideea de bază, copiii vor începe brusc să coopereze. Aceste reacții de opoziție sunt rare, deoarece majoritatea copiilor consideră acest program interesant.

Reacții obișnuite ale părinților

Mulți părinți doresc să știe dacă frații, bonele sau alte rude pot folosi cu copilul programul cu jetoane sau cel cu puncte. În general, fraților mai mari (adolescenți) li se permite să dea sau să ia puncte, în cazul în care părinții au încredere în faptul că pot și vor folosi programul așa cum trebuie. Același lucru este valabil și în cazul bonelor. Dacă familia are o bonă mai mare de 18 ani, constantă, atunci acest sistem poate fi folosit și de către ea. Din nou, părintele trebuie să decidă cine este în măsură să aplice acest program cu copilul. De obicei, descurajăm folosirea programului de către rude, dar, în cazul în care aceștia petrec destul de mult timp cu copilul și au responsabilități legate de creșterea lui (de exemplu, să aibă grijă de copil atâta timp cât părinții lucrează), atunci pot utiliza cu copilul acest program.

Mulți părinți sunt de părere că sistemele de recompense cu puncte sunt, de fapt, un fel de „mituire” a copilului. Aceste percepții reflectă, de fapt, o înțelegere greșită a termenului de mită. Mita este ceva ce se oferă ca stimulent pentru a determina o persoană să facă ceva ilicit, imoral sau ilegal. În mod evident, în cazul sistemelor prezentate mai înainte, această explicație nu se mai aplică. Sistemul seamănă foarte mult cu modul în care părinții sunt plătiți pentru munca pe care o depun la serviciu, reprezentând o răsplată onestă pentru munca onestă depusă de copil. De obicei, nemulțumirile părinților legate de această „mită” reflectă, de fapt, ideea că aceștia consideră că nici copilul lor nu ar trebui răsplătit pentru activitățile pentru care copiii normali nu sunt recompensați în niciun fel. Așa cum s-a spus mai înainte, poate că va trebui să le explicați din nou părinților noțiunea de „handicap” comportamental al unui copil diagnosticat cu ADHD, în cazul căruia sistemul de recompense cu puncte/jetoane servește ca instrument protectiv, care îl va ajuta pe copil să facă față acestui „handicap”. Fără acest instrument protetic, copilul ar rămâne cu acest „handicap” comportamental. Cu ajutorul lui, copilul poate realiza activități similare celor pe care le fac copiii normali fără ajutorul acestor instrumente. Indiferent dacă dați aceste explicații sau nu, părinților le-ar trebui explicat faptul că și copiii normali/ sunt recompensați pentru comportamentele lor adecvate, chiar dacă recompensarea lor nu este sistematică. Și ei primesc deseori privilegii sau recompense, dar ideea că le primesc pentru comportamente adecvate nu este explicitată; uneori, recompensele primite de acești copii nu sunt date imediat după ce aceștia au manifestat comportamentul adecvat. Cu toate acestea, atunci când un copil normal începe să devină noncompliant sau dificil, i se retrag privilegiile, chiar dacă temporar, până când comportamentul lui se îmbunătățește în mod vizibil.

Unii părinți sunt de părere că sistemul cu simboluri le va lua prea mult timp. În acest caz, puteți să îi întrebați pe părinți cât de motivați sunt de fapt să îl ajute pe copil să își modifice în bine comportamentele. Puteți să le spuneți părinților că, deși la început programul poate părea consumator de timp, el va deveni un obicei, în cazul în care părinții vor respecta conștiincios programul.

Adesea părinții întrebă dacă și ceilalți frați pot fi incluși în acest program. Această decizie va trebui luată în funcție de circumstanțele familiei. Părinții pot discuta cu ceilalți copii și le pot cere părerea sau să decidă pur și simplu dacă toți copiii din familie vor participa în program. Desigur, cu cât sunt mai mulți copii în familie, cu atât va fi mai dificilă pentru părinte implementarea și menținerea programului. Deseori, ceilalți copii cer să fie și ei incluși în program, deoarece observă că, astfel, pot învăța ceea ce este necesar pentru a obține privilegiile pe care și le doresc.

Unii părinți întrebă când și cum pot să întrerupă programul. Interesant este că părinții care pun aceste întrebări nici nu au început încă să-l implementeze. De obicei, li se spune că programul trebuie să țină cel puțin 2 luni (până la ședința de fixare de la o lună). În cazul în care este nevoie, după această perioadă, va urma o ședință cu părinții

pentru a se discuta structurarea în etape a programului. Cu toate acestea, multe familii observă că programul se termină de la sine, fără niciun efort sistematic de a-l întrerupe. După câteva luni, părinții încep să devină din ce în ce mai inconsecvenți în aplicarea programului, mai ales în situația în care copilul s-a comportat bine în acest răstimp. Dacă părinții doresc să termine programul în mod formal, eu le-aș sugera să-i spună copilului că sistemul de recompense cu puncte va fi încheiat în 1 sau 2 zile, ca să vadă cum se comportă copilul după aceea. Copilul va continua să aibă acces la privilegiile și recompensele sale, dar le va primi doar dacă a făcut ceea ce i s-a cerut. În cazul în care copilul reușește să mențină nivelul de complianță în această perioadă de probă, părinții pot extinde durata acesteia pe o perioadă nedefinită. În cazul în care apar probleme, se poate relua programul destul de ușor.

Temă de casă

Părinții ar trebui să continue „momentele speciale” de joacă, simultan cu recompensarea copiilor pentru complianță și joc independent (de exemplu, nu deranjează părinții când aceștia sunt ocupați), așa cum s-a predat în Etapa 3. Tema principală a acestei sesiuni este, de fapt, implementarea sistemului de recompense cu simboluri. Dacă acest lucru nu s-a realizat în cadrul sesiunii, părinții vor trebui să facă o listă de responsabilități și privilegii în ziua de după întâlnire și să implementeze sistemul. Ei vor trebui să aducă aceste liste la următoarea întâlnire, pentru ca terapeutul să le verifice. În cazul în care copilul participă într-un program în care se utilizează un sistem de recompense cu puncte, se va aduce carnetelul cu evidența administrării sistemului cu simboluri (puncte/jetoane) la următoarea întâlnire.

ETAPA 5

Metoda *Time-Out* și alte metode de disciplinare

Obiective:

1. Începerea folosirii amenzilor în cadrul sistemului cu puncte, ca formă de pedeapsă pentru noncompliance și comportament social inacceptabil;
2. Efectuarea trainingului părinților pentru utilizarea eficientă a metodei time-out (excluderea) ca formă de pedeapsă pentru unele comportamente specifice ale copilului.

Materiale necesare:

- Fișa de lucru pentru părinți pentru etapa a cincea.
Time-Out!

Sumarul etapelor:

- Verificarea temei de casă;
Modificarea sistemelor de recompense de acasă.
- Discutați utilizarea sistemului pe simboluri pentru pedepsire (procedura costul răspunsului);
- Pregătiți părinții pentru importanța acestei sesiuni;
Va fi săptămâna cea mai dificilă a programului;
Necesită consecvență maximă.
- Distribuiți părinților fișele de lucru;
- Recapitulați foarte bine toți pașii procedurii;
Cum să folosească metoda excluderii (time-out) pentru noncompliance;
Unde trebuie pus scaunul time-out;
Cât timp ar trebui să stea copilul pe scaunul time-out;
Ce trebuie făcut în situația în care copilul pleacă de pe scaunul time-out;
Manevre pe care le folosește copilul ca să evite time-out-ul;
Cum să se facă față rezistenței fizice a copilului.
- Recapitulați restricțiile pe care le puteți folosi săptămâna aceasta;

- Discutați reacțiile părinților referitoare la această procedură;
- Modelați procedura.

Teme de casă:

- Implementați pedepsele comportamentale;
- Folosiți metoda time-out doar pentru una sau două comportamente noncompliance;
- Notați utilizarea fiecărui moment al metodei time-out;
- Continuați metodele învățate anterior.

Această etapă începe cu trecerea în revistă a listei din sistemul de recompense cu simboluri (implementat săptămâna anterioară. Se alocă timp suficient pentru identificarea posibilelor probleme, modificarea sumelor alocate sau cerute pentru itemii de pe listă, discutarea problemelor pe care le pot avea părinții sau copiii, legat de continuarea programului și încurajarea părinților de a continua folosirea lui. Mulți părinți vor raporta modificări remarcabile în comportamentul copilului, ca rezultat al aplicării sistemului de recompense cu puncte. Chiar dacă unii părinți cred că nu vor mai avea probleme comportamentale cu copilul, ei ar trebui totuși încurajați să-și însușească modul în care vor putea folosi sistemul de pedepse și procedura de excludere (time-out). Această perioadă (de aproximativ 3-4 săptămâni) este un fel de „lună de miere” în sistemul de simboluri, iar părinții ar trebui pregătiți sufletește că vor mai urma recăderi ale comportamentului noncompliant, chiar dacă, momentan, copilul se comportă normal.

Implementarea procedurii costul răspunsului

Sistemul de simboluri determină într-un fel folosirea sa ca formă de pedeapsă pentru comportamente nedorite sau noncompliance, în această formă fiind la fel de eficient ca și programul de recompensare a comportamentului compliant. Părintele pur și simplu ia de la copil un anumit număr de jetoane sau puncte pentru că nu și-a îndeplinit sarcinile, nu s-a conformat unei comenzi sau nu a respectat o regulă. De obicei, suma se scade în același fel în care aceeași cantitate de puncte ar fi fost oferită pentru îndeplinirea sarcinii. De exemplu, dacă un copil în mod normal primește 5 jetoane pentru faptul că își face patul atunci când i se spune, în cazul în care nu își face patul, el va trebui să plătească 5 jetoane din „pușculița” sa, pe lângă faptul că a pierdut ocazia să câștige 5 jetoane.

În acest moment, părinții ar putea construi o listă scurtă cu comportamentele sociale nedorite pe care le manifestă copilul. Această listă va conține acele comportamente inacceptabile pe care copilul le are frecvent, dar care nu sunt pedepsite prin sistemul cu simboluri, cum ar fi agresivitatea, minciuna, furtul, cearta, înjurăturile sau alte încălcări ale regulilor casei. Cu cât este mai grav comportamentul neadecvat, cu atât va fi mai mare pedeapsa alocată.

Părinții trebuie atenționați asupra unei probleme care apare deseori atunci când se utilizează sistemul cu simboluri în cadrul unei proceduri de cost al răspunsului sau de pedeapsă, pe care eu o numesc „spirală pedepsei”. Aceasta apare în momentul în care părintele amendează copilul pentru un comportament neadecvat, iar acesta răspunde la pedeapsă cu o criză de nervi, cu înjurături sau prin distrugerea unor bunuri. După care și aceste comportamente vor fi pedepsite fiindcă sunt inacceptabile. Acest lucru va provoca în continuare reacțiile negative ale copilului, care vor escalada în abuz verbal și distrugere de bunuri, ceea ce va duce la alte amenzi în cadrul programului „costurile

răspunsului” și așa mai departe. Efectul sigur este o spirală a pedepsei pe care o dă părintele, care se asociază cu reacțiile negative din ce în ce mai accentuate ale copilului. Până la urmă, se ajunge într-un punct în care copilul a primit atât de multe amenzi, încât nici nu mai poate spera că va putea vreodată aduna suficiente puncte ca să își plătească pedeapsa, pierzându-și astfel motivația de a participa la program. Această dilemă poate fi rezolvată de către părinte prin respectarea următoarei reguli: copilul este amendat o singură dată prin sistemul cu simboluri (jetoane sau puncte), iar dacă apare o reacție negativă, copilul va fi trimis în time-out, procedură ce va fi descrisă în cele ce urmează.

Pregătirea părinților pentru utilizarea time-out-ului

Scopul major al acestei sesiuni este acela de a ajuta familia în dezvoltarea unui stil mai eficient pentru disciplinarea copilului în cazuri de noncompliance sau alte comportamente neadecvate. Astfel, este foarte important să pregătiți familia pentru câteva lucruri care vor apărea în cadrul următoarei teme de casă. În primul rând, părinții trebuie informați despre faptul că aceasta va fi pentru ei probabil cea mai dificilă săptămână a programului. În multe cazuri, în cadrul implementării procedurii de time-out, copiii pot avea crize de furie care țin o oră sau chiar mai mult, ceea ce poate să pară aversiv sau stresant pentru părinte. În timpul acestor crize de furie, uneori, părinții sunt tentați să se lase păgubași, considerând că, astfel, vor înceta atât comportamentul neadecvat al copilului, cât și neplăcerile resimțite de copil, despre care părinții consideră că sunt produse de procedura în sine (adică, pedeapsa). Deși acest răspuns parental cu siguranță va fi eficient pe moment și copilul va înceta să plângă sau nivelul comportamentelor disruptive va fi redus simțitor, el nu va avea un efect favorabil asupra aparițiilor comportamentelor neadecvate pe viitor. Astfel, după ce metoda time-out va fi implementată, părinții vor trebui să urmărească scopurile și rezultatele majore și să nu cedeze în fața crizelor de furie ale copiilor. Părinții ar trebui avertizați asupra faptului că se pot aștepta la un nivel crescut de reacții negative din partea copilului în cadrul implementării metodei time-out, ceea ce înseamnă, de fapt, că metoda se va dovedi eficientă pentru copil.

Un al doilea factor pentru care părinții ar trebui pregătiți este folosirea consecventă a metodelor de disciplinare a noncompliancei copilului, chiar dacă acest lucru nu este tocmai pe placul lor. Până în acest moment, părinții au fost cel mai probabil destul de inconsecvenți în modul în care au abordat comportamentele neadecvate ale copilului. Inconsecvența este prezentă de multe ori și între părinți, în sensul că unul dintre ei aplică metoda mai strict decât celălalt. Inconsecvența dintre părinți scade foarte mult eficiența procedurii, îngreunând și implementarea ei cu alte ocazii.

În al treilea rând, părinții ar trebui să reducă la minimum numărul activităților speciale din cadrul familiei în săptămâna următoare, astfel încât să poată alocă mai mult timp pentru a verifica dacă metoda time-out a fost corect folosită. În cazul în care activitățile speciale din cadrul familiei nu pot fi reprogramate (de exemplu, nunți, vizita unor rude din străinătate etc), predarea procedurii va fi amânată pentru o dată ulterioară acestor activități speciale.

Instruirea părinților în procedura time-out

Această metodă este una dintre cele mai eficiente printre cele prezentate în acest program, însă ea trebuie predată și implementată cu multă atenție, părinții urmând cu strictețe explicațiile oferite de dumneavoastră. Dați-le părinților fișa de lucru și oferiți-le suficient de mult timp pentru a o parcurge.

Părinților li se va spune că, de acum înainte, atunci când îi dau copilului o comandă, trebuie să fie pregătiți pentru a putea aplica consecințe imediate în cazul în care copilul va fi noncompliant. Dacă nu vor să facă acest lucru, atunci nu este indicat să dea comanda. Consecințele trebuie aplicate imediat, iar comanda nu i se va repeta copilului.

Atunci când se dă o comandă, părintele ar trebui să considere secvența procedurii ca fiind alcătuită din trei pași. Deseori se utilizează analogia unui semafor pentru a descrie cei trei pași. În primul pas, părintele dă o comandă pe un ton neutru, dar într-un stil ferm. Comanda nu se va enunța sub formă de întrebare sau o favoare, ci într-o formă imperativă. Părintele trebuie să urmeze instrucțiunile din etapa a treia ca să poată da comenzi eficiente. Odată ce comanda a fost dată, părintele trebuie să numere înapoi de la 5 până la 1 cu voce tare, ca să îi dea copilului 5 secunde pentru a se conforma, precum și să îi arate copilului că are un interval destul de scurt ca să facă ceea ce i s-a cerut. Le sugerăm părinților ca, după câteva săptămâni, să nu mai numere descrescător de la 1 la 5 cu voce tare, ci să înceapă să numere crescător până la 5 în gând. Astfel, ei pot evita fenomenul prin care copilul se conformează doar acelor sarcini, după care părintele numără înapoi cu voce tare. Enunțarea comenzii îi corespunde luminii verzi din semafor – totul este încă OK între copil și părinte, în sensul că încă nu au apărut comportamente neplăcute sau noncompliance.

După ce au expirat cele 5 secunde și copilul nu a început să se conformeze comenzii, părintele îl avertizează. Acest avertisment echivalează cu lumina galbenă a semaforului, în care avertismentul este diferit de comandă. Părintele trebuie să mențină contactul vizual cu copilul, să ridice tonul, dar să nu strige la copil, să adopte o postură mai severă și să arate cu degetul spre copil, spunându-i „dacă nu faci ceea ce ți-am spus, vei șede în scaunul time-out!”, după care părintele va arăta spre locul unde este pus scaunul în cauză. Întregul comportament al părintelui trebuie să îi sugereze copilului că părintele este foarte hotărât să facă exact ceea ce spune și că nu va ezita să îl pună să stea în respectivul scaun.

După avertisment, părintele începe să numere din nou de la 5 la 1, dându-i copilului un răgaz de 5 secunde. Dacă nici în acest interval de timp copilul nu a început să îndeplinească ceea ce i s-a cerut, părintele îi spune copilului „Nu ai făcut ceea ce ți-am cerut, așa că va trebui să stai în acel scaun!”. Părintele îl ia ferm pe copil de braț sau de încheietura mâinii, și îl pune rapid pe scaunul time-out, după care îi spune ferm și cu voce tare „Vei sta aici până îți spun eu să te ridici”. Acest pas al programului îi corespunde în mod evident luminii roșii de la semafor.

În acest moment, nu au trecut nici măcar 15 secunde de la prima enunțare a comenzii. Părinții vor observa că, în acest răstimp, nu și-au ieșit din fire, ca în situațiile în care ar fi trebuit să repete comanda, sau că nu va fi nevoie să îl avertizeze pe copil în repetate rânduri fără să obțină niciun fel de compliance. Din acest motiv, pedeapsa se va implementa în momentul în care părintele va fi mai capabil să comunice sistematic într-un stil ferm de discuție. Terapeutul trebuie să decidă cât de ridicat să fie tonul vocii părinților, cât de ferm și teatral să fie comportamentul lor în cadrul avertismentului, în funcție de severitatea tulburării de comportament a copilului. Copiii cu tulburări comportamentale de intensitate medie s-ar putea să nu necesite manifestări la fel de intense ale părinților, ca și copiii cu tulburări severe.

Copilul va fi dus la scaun imediat după ce s-a numărat până la 5. În momentul în care văd că părintele urmează să îi ducă la scaun, unii copii vor începe să promită că se vor supune comenzilor. În ciuda tuturor promisiunilor, este deja prea târziu și pedeapsa va fi implementată indiferent de încercările copilului de a se supune comenzilor. Copilul a avut șansa să fie compliant la solicitarea părintelui, însă nu s-a conformat, în consecință, pedeapsa nu poate fi evitată. Alți copii vor încerca să se opună metodei time-out fie prin accese de plâns, fie amenințând sau făcând crize de furie. Părintele va duce copilul, dacă este necesar cu forța, la scaun, indiferent de reacțiile acestuia. Pe scurt, nimic din ceea ce face copilul nu ar trebui să îl împiedice pe părinte să aplice pedeapsa, dacă a trecut perioada de 5 secunde alocată complianței.

Unde ar trebui poziționat scaunul?

Așa cum se sugerează și în fișa de lucru a părintelui, sunt mai multe locuri potrivite în care se poate pune scaunul. Scaunul nu ar trebui pus într-un dulap, în baie sau în camera copilului. Trebuie pus într-un loc în care părintele, în timp ce-și vede de treabă, îl poate supraveghea cu ușurință pe copil. Într-un colț al antreului, în sufragerie, în bucătărie sau ar fi potrivit chiar și în mijlocul holului. Scaunul trebuie să aibă un spătar drept, asemănător celor de bucătărie și ar trebui pus la o distanță suficient de mare de perete, astfel încât copilul să nu poată da cu spătarul de perete fără să cadă de pe scaun sau să părăsească scaunul. În apropierea copilului nu ar trebui lăsat nimic cu care acesta s-ar putea juca. Scaunul trebuie lăsat la locul lui de-a lungul zilei, să fie văzut de copil tot timpul, pentru cel puțin 2 săptămâni, servind ca un „memento” pentru ceea ce se poate întâmpla dacă nu se supune comenzilor.

Cât durează time-out-ul?

Există mai multe variante ale metodei time-out ca formă de întărire, fiecare dintre ele având o perioadă specifică pe care copilul trebuie să o petreacă pe scaun. Mulți clinicieni folosesc o perioadă de timp standard, indiferent de vârsta copilului.

Aceste abordări nu țin seama de faptul că percepția timpului depinde de nivelul de dezvoltare a copilului. Copiii mici au nevoie de o perioadă mai scurtă de timp până percep izolarea ca fiind o stare neplăcută, comparativ cu copiii mai mari care au nevoie de o perioadă mai lungă până când încep să perceapă time-out-ul ca fiind o stare subiectivă neplăcută. În metoda noastră, perioada pe care copilul trebuie să o petreacă pe scaun variază în funcție de vârsta copilului. De fapt, sunt trei condiții care trebuie îndeplinite de către copil, în ordinea dată, înainte ca timpul alocat să se termine.

1. Copilul trebuie să petreacă o perioadă „minimă de detenție” ca formă de pedeapsă pentru comportamentul său neadecvat. Ar trebui calculate cam 1-2 minute de time-out pentru fiecare an de viață al copilului. De exemplu, un copil de 4 ani, va petrece cel puțin 4 minute în time-out.
2. Odată ce perioada minimă de pedeapsă a trecut, copilul trebuie să mai rămână cuminte câteva minute în plus. Nu trebuie neapărat să nu vorbească deloc în intervalul de „detenție minimă”, dar odată ce această perioadă a trecut, copilul trebuie să fie liniștit înainte ca părintele să se apropie de scaun. Acest lucru i se poate spune copilului cu prima ocazie de time-out. Părintele va spune „Nu mă întorc la scaun până nu te liniștești/până nu vei fi cuminte”. Această afirmație nu va fi însă repetată. Copilul trebuie să fie cuminte aproximativ 30 de secunde, pentru a fi îndeplinită această condiție.

În momentul în care se utilizează time-out, mulți copii vor continua să fie gălăgioși chiar și după ce perioada minimă de detenție s-a terminat, unii dintre ei continuând acest comportament câteva minute în plus sau chiar câteva ore (deși cazurile acestea sunt destul de rare). În acest caz, copilul va trebui să stea în time-out până în momentul în care se va liniști, chiar dacă la început aceste perioade durează 1-2 ore. Din experiența practică, putem spune că, după confruntările inițiale din cadrul primului time-out, durata perioadei necesare calmării copilului va scădea foarte mult, acesta înțelegând faptul că perioada de detenție va fi cu atât mai scurtă, cu cât se calmează mai repede.

3. În sfârșit, copilul va trebui să se conformeze la comanda originală. De exemplu, dacă nu și-a adunat jucăriile și din cauza asta a fost trimis să stea pe scaun în time-out, copilul va trebui să promită că va aduna jucăriile. În cazul în care comportamentul care a dus la time-out nu mai poate fi corectat (de exemplu, copilul a lovit pe cineva sau l-a înjurat pe unul dintre părinți), el va trebui să promită că nu va mai repeta acest comportament niciodată. Dacă, în viitor, copilul totuși repetă comportamentul respectiv, el va fi trimis imediat pe scaun în time-out, fără să i se dea vreo comandă sau vreun avertisment. Dacă, însă, copilul refuză să facă ceea ce i se cere sau refuză să promită că nu va repeta comportamentul respectiv, atunci i se spune „În regulă, în cazul acesta vei sta pe scaun până când îți spun eu să te ridici!”. În acest moment, cele trei condiții trebuie repetate: copilului i se va mai aplica o minimă perioadă de pedeapsă, trebuie să rămână tăcut cel puțin câteva minute și trebuie să promită că se va supune comenzii sau că nu va repeta comportamentul pentru care a fost trimis în time-out. Această secvență de acțiuni se va repeta până când copilul promite să facă ceea ce i s-a cerut sau promite să nu repete comportamentul pentru care a fost trimis pe scaun, în funcție de motivul pentru care a fost trimis în time-out.

În timp ce copilul stă pe scaun, părintele nu va discuta și nici nu se va certa cu el. Părintele se va întoarce la activitățile sale, deși va continua să observe copilul pe perioada cât acesta se află în time-out. Nici ceilalți frați, nici celălalt părinte nu au voie să stea de vorbă cu copilul în această perioadă.

După ce copilul a îndeplinit ceea ce i s-a cerut, părintele îi va spune pe un ton neutru că îl apreciază când este ascultător. Nu se dau puncte sau jetoane pentru complianța copilului din aceste situații, nici părintele nu se va scuza (așa cum o fac mulți) pentru faptul că a pedepsit copilul. După aceasta, părintele va trebui să monitorizeze atent comportamentul copilului și să-i întărească comportamentele pozitive. În cadrul programului, acest lucru se face pentru păstrarea unui echilibru între întăririle pozitive și pedeapsă, precum și pentru a-i arăta copilului că părintele îl iubește în continuare și că pedeapsa pe care a primit-o a fost pentru comportamentul său neadecvat.

Există anumite situații în care evenimentele nu se succed în ordinea dată (respectiv comandă, avertizare și time-out). Acestea sunt situațiile în care fie o regulă stabilită în prealabil a fost încălcată, fie atunci când părintele îi dă copilului o sarcină a cărei realizare necesită o perioadă mai lungă. În primul caz, copilul a încălcat o regulă cunoscută a casei, cum ar fi: să nu lovească, să nu fure mâncare din bucătărie fără permisiune, să nu se joace cu uneltele tatălui și așa mai departe. În acest caz, copilul va fi trimis imediat în time-out fără să i se repete regula sau să i se dea avertismentul. Deseori părinții sunt sfătuiți ca atunci când încep acest program, să facă o listă cu regulile casei care sunt cel mai adesea încălcate și să le lipească într-un loc vizibil (de exemplu, pe ușa frigiderului) și să îi spună copilului că, la încălcarea regulilor de pe listă, va fi trimis pe scaun, fără să

primească niciun fel de avertisment. În al doilea caz, în care copilului i se dă o sarcină a cărei realizare necesită un timp mai îndelungat (de exemplu, să facă curat în camera lui sau să își termine temele de casă etc.), părintele trebuie să dea atât comanda, cât și avertismentul în același timp. De exemplu, i se spune copilului să facă curat în camera lui în 15 minute, iar dacă nu își termină treaba în 15 minute, va fi trimis în time-out. Toate acestea pot fi spuse de către părinte în momentul în care dă comanda. I se recomandă părintelui să pună ceasul deșteptător să sune la intervalul stabilit (în acest caz, 15 minute), atenționând astfel atât părintele, cât și copilul când a expirat timpul alocat.

Ce se întâmplă dacă copilul părăsește scaunul fără permisiunea părintelui?

Ar trebui să treceți în revistă opțiunile pe care le au părinții pentru a se asigura că copilul va rămâne pe scaun până la expirarea timpului. Opțiunea pe care, de obicei, o recomandăm părinților este să trimită copilul în camera lui, pentru a-și termina acolo pedeapsa. Copilul va trebui să stea în această perioadă pe patul lui. Ușa poate fi lăsată deschisă, dar dacă copilul încearcă să părăsească camera, ușa se va închide (uneori cu cheia) până când cele trei condiții necesare terminării procedurii time-out vor fi îndeplinite. Se vor discuta și alte opțiuni, însă considerăm că aceasta este cea mai eficientă.

Prima dată când copilul părăsește scaunul fără permisiunea părintelui, acesta va trebui să îi dea un avertisment. Avertismentul se spune o singură dată, imediat după ce pleacă copilul de pe scaun, și se va repeta în cadrul perioadei time-out. Părintele îl duce pe copil înapoi pe scaun și spune „Dacă te mai ridici o dată de pe scaun, te trimit în pat!”. Acest lucru se spune cu voce destul de tare, în timp ce părintele arată cu degetul spre copil, adoptând din nou o postură și un ton sever. Dacă, după acest moment, copilul mai părăsește scaunul fără permisiune, părintele va trimite copilul în camera lui, îl va așeza pe pat și îi va spune că va trebui să stea acolo până când îi va spune el că poate pleca. În cazul în care copilul este trimis în camera lui, toate jucăriile sau alte obiecte cu care s-ar putea juca sunt scoase din cameră (de exemplu, televizor, jocuri video, casetofon etc.), până în momentul în care comportamentul copilului se îmbunătățește în așa măsură încât metoda time-out va fi doar foarte rar aplicată.

Puțini părinți refuză să-și izoleze copilul în camera lui, în cazul în care acesta părăsește scaunul în perioada time-out. Există câteva metode pe care le pot utiliza acei părinți care nu doresc să folosească metoda izolării copilului. Părintele l-ar putea penaliza pe copil, luându-i câteva jetoane/puncte din „pușculiță” pentru fiecare încălcare a regulilor din time-out, dar, totuși, această variantă are neajunsurile sale. O a doua alternativă este amenințarea copilului că nu i se vor mai da privilegii (nu se va mai putea uita la televizor sau, mai târziu, nu va putea să se ducă în vizită la prieteni etc.), în cazul în care părăsește scaunul înainte să i se dea voie. În cazul copiilor mai mari, această variantă s-ar putea să aibă efect, mai ales dacă i se spune copilului că va fi privat de un privilegiu care este important pentru el. O altă variantă ar fi prelungirea intervalului de timp din time-out cu încă aproximativ 5 minute pentru fiecare situație în care părăsește scaunul. Această variantă prezintă un mare dezavantaj datorită faptului că, din cauza prelungirilor produse de numeroasele infracțiuni, perioada time-out se va prelungi inutil, foarte mult. De asemenea, această variantă ar putea duce la un fel de „joacă de-a șoarecele și pisica”, pe care copilul ar putea-o găsi distractivă, și care, cu siguranță, nu va duce la izolarea sa de familie sau de atenția părinților.

Trucuri pe care unii copii le folosesc pentru a evita time-out-ul

Sunt câteva trucuri la care recurg copiii pentru a evita sau a scăpa de procedurile time-out la care recurg părinții. Două dintre acestea au fost deja prezentate în cele de mai sus, mai precis, promisiunea că vor îndeplini sarcinile date în momentul în care își dau seama că părinții nu glumesc atunci când spun că îi vor trimite în time-out, iar cel de al doilea se referă la refuzul copilului de a se duce în time-out. În oricare dintre cele două cazuri, răspunsul părinților este identic – copiii trebuie puși imediat pe scaun în time-out, utilizându-se chiar o ușoară forță fizică dacă este nevoie. Cu toate acestea, odată ajunși în scaun (sau în camera lor), acești copii vor încerca să scape de perioada time-out. În cele ce urmează, vă vom prezenta câteva dintre cele mai des utilizate trucuri pe care le folosesc copiii și modul în care li se poate face față:

1. *Copilul spune că trebuie să se ducă la toaletă.* De fapt, mai toți copiii sunt pe deplin capabili să își controleze funcțiile de micțiune și defecație pentru perioadele scurte pe care trebuiau să le petreacă în time-out. Ca urmare, părinții trebuie informați despre faptul că niciunui copil nu i se va permite să se ducă la baie în perioada de time-out. Îi vor putea lăsa la toaletă doar după ce au fost îndeplinite cele trei condiții necesare terminării perioadei time-out. Mulți copii amenință că vor face pe ei dacă nu vor fi lăsați la baie, dar practica de mai bine de 20 de ani a autorului în acest domeniu a arătat că doar doi copii au făcut pe ei, iar în ambele cazuri aceasta a fost o manifestare intenționată a opoziționismului sau a devianței față de reacțiile părinților. În ambele cazuri, copiii au rămas în time-out până când au fost îndeplinite condițiile necesare. Apoi, ei au trebuit să curețe locul și să se schimbe, după ce s-au conformat comenzii inițiale. În cazul în care copiilor, totuși, li se dă permisiunea să se ducă la toaletă înainte de terminarea perioadei time-out, ei vor încerca să aplice această tactică ori de câte ori vor fi trimiși în time-out, pentru a se juca în baie. Cu siguranță, va fi foarte greu să fie aduși înapoi din baie pentru timpul rămas.
2. *Copilul spune că nu-l va mai iubi pe părinte.* Cu toate că majoritatea părinților consideră acest enunț ca fiind unul temporar, încărcat emoțional, și folosit pentru manipulare, sunt puțini părinți pe care aceste cuvinte îi supără foarte mult. De obicei, acești părinți sunt destul de nesiguri de relația pe care o au cu copilul, acesta încercând să îi manipuleze, în final capitulând și fiind lăsați să plece din time-out. Alți părinți, însă, nu se lasă impresionați de asemenea remarci ale copilului și continuă perioada de time-out, dar vor experimenta sentimente puternice de vinovăție și anxietate, în timp ce copilul va dezvolta sentimente de ură față de părinte. Trebuie să îi pregătiți pe părinți în legătură cu posibilitatea acestor remarci, încercați să discutați despre emoțiile pe care le-ar putea avea în asemenea situații și învățați-i cum să nu își manifeste aceste sentimente cât timp copilul este în time-out. Dacă copilului i se spune în perioada de time-out că părintele îl iubește, aceasta este o formă de oferire a atenției, ceea ce duce la continuarea certurilor sau la folosirea cuvintelor mai puțin ortodoxe la adresa părintelui, în episoadele ulterioare de time-out.
3. *Copilul încearcă să miște scaunul sau să îl răstoarne.* Așa cum s-a spus mai înainte, copiii fac asemenea lucruri ca să poată pleca fără permisiune de pe scaun, iar acest lucru poate fi controlat prin a-i explica copilului sau a-l amenința că, dacă încearcă această manevră, va fi dus în camera lui. În cazul în care părinții au optat pentru a nu folosi procedura izolării copilului în camera

- lui, alternativa pentru care au optat poate fi folosită pentru a răspunde la time-out prin mișcarea sau răsturnarea scaunului.
4. *Copilul amenință că i se va face rău sau că va voma.* Unii copii folosesc aceste strategii ca să scape de time-out. Ei spun că îi doare gâtul (de obicei din cauză că au strigat prea mult în timpul crizelor de nervi), pe când alții se plâng de dureri de cap și de stomac. Părintele ar trebui informat că, de fapt, copilul pur și simplu trece prin repertoriul de comportamente manipulative care, pe baza experiențelor anterioare, crede că pot duce la succes. Părinții trebuie să ignore aceste cuvinte, în afara cazurilor în care există dovezi clare despre copil că este într-adevăr bolnav (de exemplu, înainte să fi fost trimis în time-out, copilul era răcit sau avea febră). Odată ce copilul își dă seama că aceste amenințări nu înmoaie inima părintelui, el nu le va mai folosi pentru a scăpa de time-out. Cu toate acestea, dacă copilul simte că părintele are remușcări, va apela la aceste amenințări și în ocazii viitoare. Am cunoscut, de exemplu, un copil (cu retard mediu și probleme de comportament) care începea să amenințe părinții că va voma dacă nu îi dau drumul. Acest copil a folosit această strategie cu succes la școală pentru a atrage atenția profesorilor, ca să evite pedeapsa. Părinții au fost instruiți să ignore aceste amenințări, iar copilul și-a ținut promisiunea, în sensul că și-a băgat degetele în gât și și-a provocat vomă. Părinții nu au lăsat copilul să părăsească scaunul înainte să fie îndeplinite toate condițiile necesare plecării din time-out; după aceasta, el a trebuit să se conformeze comenzii originale, precum și să adune mizeria pe care o făcuse. În mod clar, asemenea reacții din partea copilului care a fost trimis în time-out sunt foarte rare. Cu toate acestea, părinții ar trebui instruiți cum să le facă față acestor trucuri, în cazul în care și copilul lor ar recurge la asemenea metode.
5. *Copilul se plânge că este obosit și îi este foame.* În general, aceste nemulțumiri apar atunci când time-out-ul este implementat chiar înainte de culcare (de obicei, în cazurile în care copilul nu se pregătește de culcare) sau în timpul meselor. Părinților li se spune că, indiferent cât este ceasul, dacă copilul nu se conformează cerințelor, el va fi trimis în time-out, chiar dacă acest lucru înseamnă că va trebui să rămână treaz și după ora obișnuită de culcare. Unii părinți întreabă dacă acest lucru nu reprezintă, de fapt, o întărire pentru a rămâne treaz mai multă vreme. Din experiența practică, putem spune că doar unui număr mic de copii le place să stea într-un colț plictisitor al casei, în timp ce ceilalți sunt cu restul familiei și se uită la televizor. De obicei, copiii doresc să se culce mai târziu pentru a fi mai mult timp cu familia, să se joace sau să se uite la televizor. Din acest motiv, acești copii nu se vor distra prea tare în time-out și nu se vor comporta neadecvat înainte de culcare doar ca să fie trimiși în time-out din nou. Cu toate acestea, terapeutul ar trebui să le spună părinților că ceea ce face ca procedura time-out să fie eficientă este tocmai ceea ce le lipsește copiilor în timpul izolării. Din cauza faptului că, în afară de somn, puține lucruri le lipsesc copiilor înainte de culcare, „sentința minimă” de time-out înainte de culcare ar trebui să dureze puțin mai mult (aproximativ 2 minute pe an de vârstă), pentru ca pedeapsa să fie eficientă. În situația copiilor care se plâng că le este foame sau care nu mănâncă împreună cu familia deoarece au fost trimiși în time-out, părinților li se spune că, în acest caz, copilul pur și simplu va sări peste masa respectivă, dar că va avea voie să mănânce cu ceilalți la următoarea masă. Părinții nu ar trebui să își schimbe decizia și să pună porția copilului la o parte sau să îi pregătească special lui vreun fel de mâncare după terminarea perioadei

time-out. În cazul în care s-ar întâmpla așa ceva, perioada time-out dintre mese s-ar dovedi a fi o formă mai puțin adecvată de pedeapsă, deoarece copilul în cauză nu va pierde prea multe lucruri (sau chiar nimic) în time-out. În cazul în care copilul termină time-out-ul înainte ca familia să-și fi terminat masa, i se poate permite să se întoarcă la masă ca să mănânce, dar nu va primi timp în plus și va trebui să termine de mâncat deodată cu restul familiei. În acest moment, copilului i se va lua farfuria, chiar dacă nu a terminat încă de mâncat. Pe scurt, atunci când copiii sunt trimiși în time-out, ei nu vor putea participa la acele activități din cadrul familiei care au loc în acest răstimp și care nu vor fi recuperate cu ajutorul părinților.

6. *Copilul refuză să plece de pe scaunul time-out.* Există cazuri în care unii copii refuză să părăsească scaunul time-out chiar și după ce părinții le permit acest lucru. Această manifestare din partea copilului este un semn evident prin care acesta încearcă să controleze interacțiunea dintre părinte-copil. În aceste cazuri, părintele îi poate spune copilului că, deoarece nu a făcut ceea ce i s-a spus (să plece de pe scaun), copilul va trebui să stea acolo până când i se va spune că poate pleca. În acest caz, părintele dă încă o sentință minimă de timp și așteaptă până când copilul se va relaxa, după care îl va aborda ca să vadă dacă acesta va face ceea ce i se cere.

Utilizarea metodei time-out cu copii care manifestă agresivitate fizică

În fiecare an, câțiva copii destul de mici își amenință părinții cu violență în cazul în care aceștia îi avertizează că urmează să fie trimiși în time-out. În acest caz, este nevoie de evaluarea clinică a cazului și a situației. Copiii care au un istoric de violență față de alții pot reprezenta un pericol și față de propriii părinți. În aceste cazuri, uneori, este nevoie de o intervenție inițială până se vor putea controla pattern-urile comportamentale ale acestora. Alți copii, deși nu sunt la fel de periculoși, își pot înfricoșa părinții, mai ales mamele, când li se spune că vor fi trimiși în time-out, adoptând o poziție înfricoșătoare sau amenințătoare fizic pentru părinte, în momentul în care time-out-ul a fost inițiat. Din experiența practică, s-a observat că aceste amenințări au fost făcute la adresa mamei și niciodată la adresa tatălui. În cazul în care mamei îi este frică de răspunsul copilului la trimiterea în time-out, îi sugerăm să utilizeze această metodă doar pentru comportamente neadecvate manifestate în prezența tatălui. Time-out-ul nu va fi folosit cu nicio altă ocazie. În aceste cazuri, copilul va coopera în cadrul time-out-ului de teamă ca tatăl să nu intervină în caz de nevoie pentru a se asigura că procedura a fost implementată cum trebuie. În cazul în care copiii cooperează cu metoda time-out inițiată de mamă, aceasta îi va spune copilului că perioada time-out va fi într-o oarecare măsură redusă tocmai din cauza cooperării copilului. După câteva săptămâni de utilizare a time-out-ului, atunci când tatăl este acasă, i se spune mamei să încerce și în momentele în care tatăl nu este acasă. S-ar putea ca, pe baza cooperărilor copilului din săptămânile anterioare în cadrul metodei time-out, acestea să se generalizeze și în absența tatălui. În cazul în care problema nu se rezolvă nici în acest fel, înseamnă că procedura este necorespunzătoare copilului.

Reacții obișnuite ale părinților față de procedură

Majoritatea părinților vor fi bucuroși să implementeze programul cu copilul în săptămânile care urmează. Cu toate acestea, unii părinți au rețineri față de acest program și față de utilizarea lui. Una dintre reacțiile cele mai comune ale părinților este că au mai utilizat înainte metoda time-out, fără însă a avea vreun succes. În acest caz, terapeutul le va explica faptul că este foarte probabil ca varianta time-out aplicată de ei mai devreme să fi fost greșit aplicată. În primul rând, este posibil ca părinții să fi implementat programul când erau deja foarte nervoși și frustrați și au repetat comanda de mai multe ori, sperând să obțină complianță din partea copilului. Acest lucru cu siguranță nu va fi foarte eficient, time-out-ul fiind folosit inconsecvent, nu imediat după noncomplianță. Pe de altă parte, deoarece părintele este deja foarte nervos pe copil, el va utiliza o perioadă excesiv de lungă pentru time-out.

În al doilea rând, părinții probabil foloseau metoda în așa fel încât controlul în timpul perioadei time-out rămânea la latitudinea copilului. Adică, îi spuneau copilului să se ducă în camera lui până își va reveni și se va putea comporta așa cum trebuie. Acest aspect le permite copiilor să încheie perioada time-out exact atunci când doresc ei.

A treia greșală în modul în care aplică părinții metoda time-out se referă la faptul că au folosit o perioadă standard, să zicem de 5 minute, pentru fiecare episod de comportament neadecvat al copilului, indiferent de severitatea infracțiunii sau de vârsta copilului. Problema, în acest caz, constă în faptul că în situația copiilor mai mari, perioada este prea scurtă ca să fie aversivă, devenind astfel ineficientă. De asemenea, metoda time-out ar trebui ajustată și la severitatea încălcării unei reguli. Acesta este motivul pentru care programul recomandă între 1 și 2 minute pentru fiecare an din vârsta copilului. Încălcări minore de reguli vor fi sancționate cu perioade scurte de time-out, în timp ce încălcările majore vor fi sancționate cu perioade mai lungi.

În final, este foarte probabil ca părinții să fi folosit inconsecvent metoda time-out pentru comportamentele neadecvate ale copilului, astfel scăzându-i semnificativ eficiența. Deseori, părinții apelează la această metodă doar atunci când sunt foarte nervoși, însă nu o folosesc pentru încălcarea aceleiași reguli într-o situație în care nu sunt nervoși. În mod asemănător, s-ar putea ca părinții să îi fi permis copilului să negocieze cu ei, prin promisiunea lui că se va supune comenzii, când și-a dat seama că va fi trimis în time-out. Părinții trebuie să înțeleagă că, odată început acest program, el trebuie respectat. Procedura time-out trebuie implementată și dusă la bun sfârșit potrivit prescrierilor, indiferent de promisiunile pe care le face copilul în momentul aplicării sale.

Mulți părinți întreabă cum să implementeze procedura în cazul în care au oaspeți. Problema lor în această situație pare să se refere la jena pe care ar putea să o resimtă ei sau copiii în asemenea situații. Trebuie să le spuneți părinților că procedura se aplică indiferent dacă au musafiri sau nu. S-ar putea să fie nevoie să le ceară scuze musafirilor pentru implementarea programului, însă acesta va trebui implementat oricum. În cazul în care nu se implementează procedura din cauza musafirilor, copilul va învăța că, atunci când sunt oaspeți în casă, el se poate comporta oricum, fiindcă nu va fi pedepsit. În cazul în care oaspeții sunt prietenii copilului din vecini, ei vor fi rugați să plece, astfel programul va putea fi implementat.

Reacții la utilizarea procedurii time-out în prima săptămână

În cazul în care părinții vor folosi pentru prima dată metoda excluderii pentru cazuri de noncompliance, mulți copii cu tulburări de comportament își vor petrece cea mai mare parte a zilei șezând într-un scaun, într-un colț. Pentru a evita disciplinarea excesivă a copilului, li se va spune părinților că pot folosi metoda time-out doar pentru unul sau două comportamente noncompliance în prima săptămână, comportamente care se întâmplă acasă și nu în public. De asemenea, le sugerăm părinților să mai aștepte o săptămână până când vor aborda problemele legate de timpul de culcare a copilului. Acest lucru îi ajută pe copii să se obișnuiască cu metoda time-out și există posibilitatea ca efectele metodei să se generalizeze și pentru comenzi date de părinte când se apropie timpul de culcare, astfel, părinții s-ar putea să nici nu mai fie nevoiți să implementeze procedura în aceste situații. Ei pot opta pentru anumite comenzi, care sunt problematice pentru copil, cum ar fi adunarea jucăriilor, îmbrăcarea pentru școală sau terminarea temelor de casă. Alți părinți vor alege implementarea metodei față de regulile casei care sunt deseori încălcate, cum ar fi lovirea celorlalți, înjurăturile sau minciuna. În oricare dintre aceste cazuri, se vor alege doar două comenzi sau reguli pentru încălcarea cărora se va folosi metoda time-out.

Restricțiile privind utilizarea metodei în locuri publice se bazează pe ideea că procedura necesită anumite modificări prin care își poate păstra eficiența și în afara casei. De asemenea, părinții ar trebui pregătiți pentru reacțiile celorlalte persoane care vor fi martore la implementarea metodei. Tot astfel, prin introducerea procedurii acasă timp de câteva săptămâni, s-ar putea ca îmbunătățirile de acasă să se generalizeze și asupra comenzilor date în afara casei. Cu alte cuvinte, odată ce copiii își dau seama care este ideea de bază a metodei time-out, ei ar putea învăța să se supună comenzilor și avertismentelor date în locuri publice, unde le-ar fi teamă că, în caz contrar, părinții ar putea aplica metoda.

De asemenea, trebuie să le spuneți părinților că, în cazul în care întâmpină probleme în implementarea metodei, trebuie să vă sune imediat pe dumneavoastră. Clinicienii care folosesc acest program ar trebui să le dea părinților numerele lor de telefon de la serviciu și de acasă, unde aceștia i-ar putea suna în caz de nevoie. Cu toate acestea, se întâmplă foarte rar ca părinții să sune, dar faptul că au numărul terapeutului și că acesta este accesibil, le dă siguranță și crește și importanța aplicării corecte a metodei.

Părinții vor întreba deseori despre ce ar trebui să facă în cazul comportamentelor neadecvate ale copilului, care apar pe parcursul acestei săptămâni și care nu sunt ținta time-out-ului. Acestora li s-ar putea reaminti disponibilitatea metodei „costul răspunsului” (penalizarea cu puncte pentru comportamente neadecvate), care poate fi folosită pentru orice fel de comportament neadecvat. Pot să apară situații în care părinții optează pentru folosirea ambelor metode, mai ales pentru pedepsirea încălcării unei reguli foarte importante. În acest caz, copilul va fi „amendat” prin luarea punctelor din „pușculiță/bancă” sa și va fi trimis și în time-out, pentru o perioadă mai lungă decât de obicei.

Modelarea procedurii

Pe parcursul discutării procedurii, puteți face demonstrații ale metodei cu unul dintre părinți jucând rolul copilului. În cazul în care trainingul se face individual cu familia și copilul este de asemenea prezent, puteți modela metoda cu copilul, asigurându-vă că ați explicat copilului că, de fapt, acum doar vă prefaceți și că nu va fi nevoie să stea în time-out. După aceasta, părintele va trebui să participe la un joc de rol pentru ilustrarea

metodei, în care dumneavoastră veți pretinde că sunteți copilul. Forehand și McMahon (1981) spun că părintele nu ar trebui să joace niciodată rolul copilului în fața copilului, deoarece, astfel, copilul ar putea învăța că părintele poate fi pedepsit la rândul său și trimis în time-out.

După aceasta, părintele și copilul pot fi trimiși într-o cameră de joacă, iar părintele va trebui să îi dea copilului o serie de comenzi până când acesta nu se va supune uneia dintre ele, moment în care părintele va trebui să implementeze metoda time-out, iar dumneavoastră, ca terapeut, vă veți putea da seama cât de bine reușește părintele să implementeze metoda. Copiii mai mari, care s-ar putea să vă fi auzit explicând metoda, nu vor nesocoti comenzile părinților din camera de joacă, deoarece își dau seama de consecințele nesupunerii. În asemenea cazuri, procedura jocului de rol nu va fi suficientă. Jocul de rol este, de asemenea, un mod în care părinții pot exersa metoda în cazul în care aceasta se predă ca parte a trainingului de grup al părinților. În primul pas, ar trebui să alegeți un părinte care va juca rolul copilului în demonstrație, după care părinții vor forma grupe de câte doi și vor exersa împreună, fiecare jucând pe rând rolul părintelui sub supravegherea dumneavoastră.

Tema de casă

Desigur, părinții vor continua să folosească și proceduri învățate anterior. În această etapă, observăm deseori că părinții încep să întrerupă „momentele speciale” de joacă. Totuși, ei trebuie încurajați să continue aceste activități, mai ales în această săptămână, deoarece astfel vor putea compensa oarecum eventualele efecte nocive ale programului de pedeapsă în relația părinte-copil.

Pe lângă implementarea procedurii time-out, părinții vor trebui să scrie într-un jurnal fiecare situație în care s-a apelat la metoda time-out, motivul pentru care aceasta a fost implementată (ce a făcut copilul), cât de confortabil s-au simțit părinții implementând procedura. Părinții ar trebui, de asemenea, să noteze durata fiecărei perioade de time-out. Înainte să plece de la această sesiune, părinții ar trebui să îi spună terapeutului care sunt cele două comportamente noncompliance pe care (în caz că apar) le vor pedepsi prin time-out, în săptămâna următoare, precum și locația unde va fi executată perioada time-out.

ETAPA 6

Utilizarea metodei time-out și în cazul altor comportamente neadecvate

Obiective:

1. Identificarea și rezolvarea problemelor cu care se confruntă părinții atunci când utilizează metoda time-out cu copilul;
2. Extinderea utilizării metodei la situațiile la care se pretează, pentru controlul supunerii copilului la comenzi și reguli care, de obicei, duc la noncompliance.

Sumarul etapelor:

- Verificarea temei de casă pentru time-out;
- Re-evaluarea copilului utilizând scala de evaluare a comportamentelor disruptive;
- Selectarea a încă două sau mai multe comportamente noncompliance pentru care se poate utiliza metoda time-out.

Teme de casă:

- Continuarea folosirii și a înregistrării metodei time-out.

Această etapă începe cu obișnuita trecere în revistă a temei de casă a părintelui și cu discutarea problemelor pe care părinții ar fi putut să le întâmpine în implementarea metodei. Cea mai mare parte a acestei sesiuni o ocupă discutarea situațiilor în care s-a folosit metoda time-out, cum s-au simțit părinții când au utilizat metoda, identificarea problemelor pe care le-ar fi putut întâmpina în implementarea ei, precum și a oricăror modificări ale metodei pe care le-au făcut pentru a o putea folosi. În această întâlnire, nu se va preda material nou. În cazul unor familii, întâlnirea va fi scurtă, deoarece au aplicat corect procedura. În cazul altor familii, întâlnirea se poate prelungi cu discuții legate de problemele pe care le-au întâmpinat părinții în implementarea metodei, discuții asupra unor metode alternative, pe care le-ar fi putut folosi în vederea soluționării problemelor apărute.

Tema de casă

În cazul majorității părinților, întâlnirea se va termina cu discutarea celor două comportamente noncompliance noi, în cazul cărora părintele va trebui să facă intervenție în următoarea săptămână. Părinții vor trebui să continue înregistrarea a ceea ce se întâmplă în time-out, așa cum au făcut și săptămâna anterioară. Pentru unele familii, copiii nu vor mai manifesta comportamente noncompliance semnificative, care să necesite atenție specială. În aceste cazuri, ar trebui să le spuneți părinților să folosească metoda time-out cu orice fel de comportament care li se pare potrivit pentru acest gen de intervenție. Vor fi și câteva familii care au întâmpinat probleme serioase în utilizarea metodei time-out acasă; în aceste situații, ar fi bine să mai exersați metoda împreună cu părintele și copilul, în cabinetul dumneavoastră, înainte să permiteți implementarea metodei acasă. Aceste exerciții în prezența dumneavoastră pot releva problemele pe care le au părinții în utilizarea metodei time-out cu copilul. În orice caz, ar trebui să vă asigurați că părinții înțeleg corect elementele esențiale pentru aplicarea corectă a metodei, înainte să permiteți extinderea folosirii ei la celelalte comportamente problematice ale copilului.

ETAPA 7

Anticiparea problemelor: managementul comportamentelor copilului în locuri publice

Obiective

1. Învățarea părinților cum să adapteze eficient metodele învățate anterior pentru managementul copilului, în locuri publice;
2. Învățarea părinților despre procedura în patru pași „gândește cu voce tare-gândește anticipat” („think aloud – think ahead”) prin care pot anticipa și reduce comportamentele neadecvate ale copilului;
3. Instruirea părinților cum să utilizeze această procedură în patru pași, înainte de trecerea la activități mai importante, în care s-ar putea aștepta la comportamente neadecvate.

Materiale necesare:

- Fișa de lucru pentru părinți pentru etapa a șaptea;
- Anticiparea problemelor – managementul copilului în locuri publice.
- Scala de evaluarea a situațiilor de acasă.
- Scala de evaluarea a situațiilor de la școală.
- Chestionarul de evaluare a tulburărilor de comportament disruptiv – Varianta pentru părinți.
- Chestionarul de evaluare a tulburărilor de comportament disruptiv – Varianta pentru educatori.

Sumarul etapelor:

- Verificarea temei de casă;
- Anticiparea comportamentelor problematice – cheia succesului;
- Distribuirea fișelor de lucru pentru părinți;
- Trecea în revistă a detaliilor importante din fișa de lucru;

Stabilirea regulilor înaintea intrării în locuri publice;
 Stabilirea unor stimulente pentru complianță;
 Stabilirea unui răspuns potrivit pentru disciplinarea noncomplianței;
 Alocarea unei activități pe care copilul trebuie să o facă;
 Monitorizarea și recompensarea complianței în locuri publice.

- Recapitularea locurilor publice în care metoda poate fi folosită
 Magazine;
 Restaurante;
 În timpul călătoriilor cu mașina;
 În timpul vizitelor;
 În biserici.
- Treceți în revistă modul în care se poate folosi metoda pentru trecerea de la o activitate la alta;
- Treceți în revistă și discutați posibilele reacții ale părinților pe care aceștia le pot avea față de metodă.

Teme de casă:

- Imaginați-vă două situații în care plecați la cumpărături cu copilul, ca să puteți exersa metoda;
- Înregistrați toate informațiile relevante pentru această călătorie;
- Luați legătura cu educatorul copilului pentru informații actualizate ale comportamentului copilului de la școală.

Re-evaluarea comportamentelor disruptive ale copilului

După trecerea în revistă a temelor și rezolvarea problemelor minore pe care părinții le mai pot avea încă în utilizarea procedurii time-out, părinții trebuie să completeze un nou set de chestionare *SESA* și *DBDRS-VP*, pentru a putea evalua posibilele îmbunătățiri în comportamentul copilului, apărute în urma implementării programului. De obicei, sesiunile în care se lucrează cu sistemul de recompense cu simboluri și tehnica time-out, par să fie cele mai eficiente din program, îmbunătățind semnificativ complianța copilului și comportamentele sale disruptive.

Anticiparea problemelor

Introduceți materialul care urmează să fie prezentat în această ședință, prin discutarea tipurilor de probleme cu care se confruntă părintele în situația în care încearcă să facă față comportamentelor disruptive ale copilului în locuri publice. După o trecere detaliată în revistă a problemelor, lansați ideea potrivit căreia mulți dintre părinți nu anticipează problemele pe care le-ar putea avea atunci când intră cu copilul în locuri publice. În schimb, mulți părinți intră în aceste locuri publice (de exemplu, magazine), fără să se gândească la modul în care vor face față comportamentelor problematice ale copilului, în cazul în care acestea apar. De obicei, părinții încep să se gândească cum să îi facă față doar în momentul în care apare noncomplianța sau comportamentul problematic. Astfel de momente sunt cele mai nepotrivite pentru a concepe o strategie de rezolvare a problemei, mai ales datorită faptului că părintele este incomodat de privirile

celor care privesc „scena” făcută de copil. Toți acești factori vor împiedica conceperea unei metode rezonabile și eficiente de a rezolva problema.

Ca urmare, anticiparea problemelor comportamentale este un concept cheie pentru a învăța cum se poate realiza managementul eficient al comportamentelor copilului, atât în locuri publice, cât și în alte situații de activități zilnice. Prima dată, veți discuta pe larg problema locurilor publice, după care veți trece la discutarea adaptării metodei la alte situații. Mulți părinți au destulă experiență pentru a identifica locurile publice care pot aduce la suprafață comportamente noncompliance, precum și care ar fi problema comportamentală care poate să apară. Dacă părinții și-ar lua un scurt răgaz ca să se gândească la posibilele consecințe înainte să intre în magazin și să încerce să dezvolte un plan pe care să îl folosească în cazul în care copilul este noncompliant, plan pe care să îl discute cu copilul, atunci ei ar putea preveni multe dintre comportamentele neadecvate ale copilului în locurile publice. În cazurile în care problemele nu au fost evitate, părintele ar trebui să fi avut cel puțin o reacție rapidă și eficientă în managementul comportamentului neadecvat al copilului, înainte ca acesta să fi atras deja privirile altor persoane.

Trebuie scoase în evidență două concepte:

- (1) anticiparea sau planificarea managementului comportamentelor neadecvate ale copilului în locuri publice;
- (2) folosirea activităților planificate care vor fi date copilului pentru a-l ține ocupat cu activități prosociale în public.

Înmânarea și trecerea în revistă a fișelor de lucru ale părinților

Fișa de lucru pentru această ședință este scurtă, clară și poate fi implementată ușor de către majoritatea părinților. Ar trebui să treceți în revistă fișa împreună cu părinții, pas cu pas, detaliat și pe cât posibil cu cât mai multe exemple. În principiu, metodele nu sunt cu mult diferite de cele predate anterior, însă includ unele modificări minore, ținând cont de faptul că în locurile publice nu sunt scaune unde copilul poate fi trimis în time-out. Aspectele critice ale acestor fișe de lucru sunt conceptele evidențiate la începutul sesiunii: (1) gândirea anticipatorie și dezvoltarea unor strategii de management al copilului și (2) găsirea unor activități planificate care să îi țină pe copii ocupați pe parcursul perioadei în care părintele își face cumpărăturile.

Metoda „gândește cu voce tare - gândește anticipat” constă în patru pași esențiali, după cum urmează:

1. *Opriti-vă înainte să intrați în locuri publice și stabiliți reguli pe care copilul va trebui să le respecte în locul respectiv.* La început, părintele se va opri exact în fața intrării în locul public în cauză. După aceea, părintele ar trebui să stabilească trei sau patru reguli pe care copilul va trebui să le respecte în locul respectiv (de obicei, acestea sunt reguli pe care copilul, înainte, le încălca). Copilul va trebui să repete aceste reguli cu voce tare, înainte să se treacă la următorul pas. De exemplu, înainte să se intre într-un magazin, părintele va spune că regulile sunt „Stai aproape de mine, să nu atingi nimic și să nu îmi ceri să îți cumpăr nimic!”. După aceasta, copilul va trebui să îi repete părintelui regulile. Cu ocazii ulterioare de cumpărături în același magazin, părintele va trebui doar să îi aducă aminte copilului de reguli, spunând „Care sunt regulile?”. Dacă copilul nu reușește să și le amintească, părintele le repetă și copilul va trebui să repete după el. În cazul copiilor mai mari, aceste reguli sunt „Stai aproape de mine, să nu te atingi de nimic și fă exact ce îți spun!”.

Alte reguli mai potrivite pentru restaurante, biserici sau locuința altora, vor fi formulate pentru fiecare situație în parte.

2. *Stabiliți un stimulent pentru complianță.* În cazul copiilor care participă deja în sistemul de recompense cu jetoane și în cel cu puncte, acestea pot fi folosite ca metode de întărire a complianței, ținând cont de regulile stabilite în partea întâi, descrisă mai înainte. Părintele poate pur și simplu să îi spună copilului că acesta va obține puncte sau jetoane pentru faptul că a respectat regulile în locuri publice. În cazul copiilor foarte mici, care nu sunt implicați în metoda sistemului de recompense cu simboluri, părintele poate lua o pungă mică de snacksuri din magazin, din care să îi dea copilului gustări pentru comportamentul adecvat. Modul în care copilul poate obține asemenea gustări ar trebui explicat înaintea intrării în magazin. Unii părinți ar putea dori să îi promită copilului o recompensă care va fi cumpărată la sfârșitul plimbării. În acest caz, trebuie să avem grijă cu aceste promisiuni, ca nu cumva să se stârneasă așteptări prea mari din partea copilului, cum că fiecare ieșire se va solda cu asemenea recompense. Indiferent de metoda folosită pentru a stimula copilul, i se va explica acestuia tot procedeul înainte de a intra în magazin.
3. *Stabiliți o metodă de disciplinare pentru noncomplianță.* În acest moment, părinții ar trebui să treacă în revistă împreună cu copilul ce pedeapsă se va folosi în cazul în care copilul nu se conformează la regula stabilită la punctul 1 sau la alte reguli explicate anterior, referitoare la comportamentele copilului în locuri publice. Pe cât posibil, răspunsul părinților în această situație ar trebui să fie metoda time-out utilizată acasă sau „amendarea” copilului cu puncte ori jetoane, dacă copilul participă deja la un program de recompense cu simboluri acasă, sau în funcție de severitatea încălcării regulii. Deoarece în magazine (locuri publice) nu sunt disponibile scaune unde să poată fi trimis copilul, părinții ar trebui să fie pregătiți din timp să găsească un loc, un colț plicticos, în care să trimită copilul ca să își poată petrece perioada de time-out în cazul în care începe să se comporte nepotrivit. Acest lucru se poate realiza rapid, deoarece majoritatea părinților știu unde ar putea fi asemenea spații în magazinele, restaurantele, bisericile și alte astfel de locuri pe care le frecventează. Din nou, indiferent de metoda pe care o folosesc, toate aceste aspecte i se vor explica foarte clar copilului, înainte de a intra într-un loc public.
4. *Dați-i copilului o activitate sau responsabilizați-l, pe perioada în care vă aflați într-un magazin sau loc public.* Planificarea/inventarea unei activități pe care copilul va trebui să o facă în timpul pe care îl petreceți în locul public poate reduce în foarte mare măsură posibilitatea apariției comportamentului neadecvat. Această procedură poate fi numită „pregătirea terenului”, deoarece implică alocarea unei activități pe care va trebui să o facă copilul, ceea ce poate împiedica dezvoltarea comportamentului neadecvat. În cazul în care se merge într-un magazin, o asemenea activitate ar putea să îl ajute pe părinte să găsească anumite articole sau rafturi pe care se pot afla anumite produse ori să îl ajute în luarea lor de pe raft. De asemenea, o astfel de activitate ar putea fi și verificarea listei de cumpărături sau împingerea căruciorului (în cazul în care se folosește unul). Indiferent de tipul activității, părinții ar putea să își ia un scurt răgaz în drumul spre magazin și să se gândească ce activitate ar fi potrivită pentru o asemenea situație. L-ar putea chiar ruga pe copil să îi ajute cu această ocazie. În orice caz, s-a constatat (și s-a și demonstrat) că existența unei activități planificate în prealabil scade

semnificativ posibilitatea apariției unui comportament neadecvat, care ar putea să apară cu o probabilitate foarte mare, în cazul în care copilul trebuie să-și petreacă timpul într-un mediu ne-structurat, unde nu are nimic de făcut.

În momentul în care se intră în clădire, părintele este primul care trebuie să exploreze cu privirea orice posibil loc sau colț, unde copilul ar putea sta în time-out în caz de nevoie. După asta, din când în când, în timpul petrecut în afara casei, părintele ar trebui să fie atent la ceea ce face copilul și să îl laude pentru respectarea regulilor și pentru cooperarea sa în cadrul „activităților planificate”, discutate anterior. În cazul copiilor care sunt implicați în sistemul de recompense cu simboluri, părinții pot, din când în când, să le dea acestora jetoane sau puncte, atâta timp cât se află în locul public. Unul dintre aspectele cruciale ale acestei metode se referă la faptul că părinții nu trebuie să aștepte până la sfârșitul scurtei lor plimbări pentru a face remarci cu privire la performanța copilului pe parcurs, ei trebuie să fie atenți la complianța copilului pe tot parcursul plimbării lor și să-i ofere periodic feedback copilului.

În cazul în care părintele trebuie să implementeze tehnica time-out, copilul va fi trimis imediat într-un loc liniștit, într-un colț retras al clădirii și i se va spune să stea cu fața la perete până când părintele îi va spune că poate pleca. În acest moment, procedura folosită este identică cu aceea folosită acasă, în afara faptului că sentința minimă trebuie să fie de aproximativ 30 de secunde pentru fiecare an cronologic al copilului. S-a observat că, în locuri publice, intervalele de timp mai scurte sunt la fel de eficiente ca și cele lungi de acasă. Acest lucru probabil se datorează atât faptului că mulți copii pierd o serie de activități interesante, cât și faptului că ei se simt jenați de a fi trimiși la colț într-un loc public, ceea ce poate în continuare spori eficiența metodei.

Părinții ar trebui să rămână lângă copil în perioada pe care o petrece în time-out, dar să se ocupe de altceva și să nu îi ofere atenție copilului în tot acest timp. Acasă, perioada time-out se termină atunci când copilul (1) a stat o perioadă minimă pe scaun, (2) a fost cuminte pentru câteva momente, (3) și a fost de acord să se conformeze cu regula pe care tocmai a încălcat-o. Dacă copilul pleacă din time-out înainte de terminarea perioadei, va trebui să se întoarcă în colț și va fi avertizat că, dacă mai părăsește o dată colțul, va fi pedepsit în cadrul sistemului de recompense cu puncte sau jetoane. Copilul continuă rareori să „testeze” situația. Totuși, dacă va pleca din nou din time-out fără permisiune, părintele va trebui să îl amendeze/pedepsească, după care îl vor trimite înapoi în colț. Dacă nici așa nu se reușește ținerea copilului în colț în time-out, întrerupeți cumpărăturile/ieșirea, dacă se poate, și duceți-l pe copil la mașină, ca să termine acolo perioada de time-out, supravegheat, desigur, de părinte.

Deoarece time-out-ul a funcționat cu succes acasă în săptămânile anterioare, în cazul în care copiii se simt amenințați de posibilitatea folosirii acestei metode și în locuri publice, ei vor crede că părintele va implementa programul fără doar și poate și nu vor provoca autoritatea părinților în asemenea locuri. În cazul în care copilul încalcă o regulă explicită stabilită în etapa întâi, părintele ar trebui să îl amendeze pe copil conform sistemului de recompense cu jetoane sau puncte, folosit acasă. În cazul în care nici această metodă nu funcționează, părinții ar trebui să implementeze rapid time-out fără vreun avertisment, deoarece copilul fusese deja „amenințat” înaintea intrării în clădire. S-a observat că, în cazurile în care copilul își dă seama că decizia părinților este rapidă și fermă, va încălca mai greu regulile în locurile publice. În cazul părinților care nu vor să aplice metoda time-out cu copilul lor, se vor discuta alte metode. Aceste metode presupun amenzi bazate pe simboluri, scoaterea copilului din magazin sau amenințarea copilului că i se vor lua privilegiile când vor ajunge acasă.

Există anumite clădiri unde nu se poate aplica metoda time-out, cum ar fi magazinele alimentare în care nu se prea găsesc colțuri plictisitoare. În asemenea cazuri,

părintele poate implementa oricare dintre alternativele menționate mai înainte. În primul rând, verificați dacă copilul poate fi scos din magazin și pus cu fața spre un perete unde să petreacă perioada de time-out. În caz contrar, a doua opțiune este să fie dus copilul la mașină, unde va trebui să stea pe podeaua scaunului din față sau să stea afară, lângă mașină. În acest răstimp, părintele va rămâne pe scaunul din față sau lângă mașină. O a treia alternativă ar fi aceea de a consemna într-un caiet adus special pentru acest scop comportamentele neadecvate ale copilului. De obicei, un mic notes cu spirală deservește acest scop. În cazul în care se va apela la această opțiune, acest lucru i se va explica copilului în fața clădirii publice. În principiu, metoda implică, pe de o parte, faptul că părintele va scrie într-un caiet ceea ce face copilul (comportamente neadecvate), iar, pe de altă parte, după ce ajung acasă, copilul va fi trimis imediat în time-out ca să plătească pentru fiecare încălcare de regulă notată în caiet. Am observat că păstrarea în caiet a unei fotografii a copilului în scaunul time-out de acasă, care să îi reîmprospăteze acestuia memoria perioadelor petrecute în scaunul respectiv, este foarte utilă, mai ales în locuri publice. Părintele îi arată copilului fotografia în timp ce îi explică metoda înainte de a intra în locul public. O a patra alternativă ar fi de a face câte un semn cu carioca pe mâna copilului ori de câte ori încalcă vreo regulă în locul public. La fel ca în cazul folosirii caietului, și în această metodă, copilul va trebui să petreacă pentru fiecare încălcare a regulilor o minimă perioadă de time-out, imediat după ce familia se întoarce acasă.

Recapitularea folosirii procedurii în diferite locuri publice

Acum puteți selecta câteva locuri publice în care copilul nu se comportă așa cum ar trebui și puteți trece în revistă împreună cu părinții cum ar aplica ei cei patru pași discutați anterior, înainte să intre în locuri publice. Părinții ar trebui să discute regulile pe care le-ar stabili pentru locurile și situațiile în care copilul nu se comportă disciplinat. În plus, părinții pot discuta, de asemenea, diferitele tipuri de stimulente și metode de disciplinare pe care le pot folosi în asemenea situații. Puteți ilustra utilizarea metodei într-un magazin, restaurant, la biserică sau acasă la cineva la care v-ați duce în vizită. Metoda poate fi folosită și înainte de a pleca într-o călătorie lungă cu mașina. În afară de parcurgerea acestor etape, în cazul unei călătorii lungi cu mașina, părinții pot să le dea copiilor activități de joacă, care să-i țină ocupați, împiedicând astfel apariția comportamentelor nepotrivite pe parcursul călătoriei, care, în multe cazuri, apar datorită plictiselii. În cazul în care, totuși, copilul nu se comportă așa cum ar trebui, el este penalizat cu puncte. În cazul în care părintele dorește să folosească metoda time-out, va opri mașina într-o parcare, iar copilul va trebui să stea pe podeaua de la bancheta din spate pentru un interval de time-out. Unii părinți scot copilul din mașină și îl pun să stea pe jos pe o pătură, lângă mașină pentru perioada time-out alocată. Perioada time-out nu se va implementa niciodată în perioada în care părintele conduce mașina!

Managementul jenei resimțite de părinți

La fel ca și în sesiunile anterioare, ar trebui să discutați cu părinții reacțiile lor legate de utilizarea acestei metode. Una dintre reacțiile care ar putea împiedica utilizarea eficientă a acestui program în locuri publice este jena pe care părinții cred că o vor resimți în momentul în care vor implementa programul, în timp ce alte persoane îi vor privi. Pentru mulți părinți, o simplă explicație este de ajuns. În această explicație se poate spune că doar puține sau poate chiar nici un comportament problematic nu va apărea în cazul în care părintele va respecta pașii discutați anterior, înainte să intre în respectivul loc public. Șansa de apariție a acestor probleme este foarte redusă, dacă părinții alocă suficientă atenție, laudă și recompense pentru complianța copilului în locuri publice. Chiar și în cazurile în care apare comportamentul nepotrivit, nivelul acestuia va fi mult redus, deoarece părintele va reacționa repede și ferm, înainte să se ajungă la nivele incontrolabile. Toate aceste aspecte vor reduce cu o probabilitate mare șansa dezvoltării unor situații jenante pentru părinte.

Întotdeauna există câțiva părinți care se simt atât de copleșiți de posibilitatea apariției situațiilor jenante, încât nu pot aplica metoda în mod corespunzător. În cazul lor, s-ar putea să fie nevoie de câteva ședințe de terapie cognitivă în care să abordezi problema copingului emoțiilor părinților, cum ar fi cele predate în cadrul terapiei rațional emotive. Aceste două manuale pot să le fie utile părinților pentru trecerea în revistă a acestor probleme (*Your Erroneous Zones* – Dyer, 1977 și *A New Guide to Rational Living* – Ellis și Harper, 1975). O scurtă trecere în revistă a metodelor terapiei rațional emotive poate fi găsită în *Rational Emotive Therapy in Practice* (Bard, 1980), mai ales în capitolul cinci, despre interacțiunea părinte – copil.

Ideea de bază este că emoțiile dezadaptative și neplăcute pe care le resimt părinții în asemenea condiții, adesea sunt rezultatul unor stiluri de gândire și al unor evaluări negative sau catastrofice, pe care le fac părinții în cadrul interacțiunii cu copilul. Părinții sunt învățați să identifice aceste gânduri negative sau dezadaptative și să le înlocuiască cu gânduri și mecanisme de coping pozitive. Uneori, părinții vor trebui să scrie gândurile pe care le au în locurile publice, în cazul în care experiențiază emoții negative de intensitate mare din cauza faptului că trebuie să rezolve în acel moment problemele comportamentale ale copilului. Aceste însemnări pot fi după aceea revizuite în cadrul intervenției, împreună cu terapeutul, după care se vor putea dezvolta mecanisme de coping pozitive, pe care părintele să le poată utiliza în viitoarele situații în care va trebui să facă față comportamentelor neadecvate ale copilului.

Anticiparea comportamentelor neadecvate în tranziția la activități majore

Acest program în patru pași de „gândește cu voce tare- gândește anticipat” poate fi utilizat eficient înaintea oricărei situații în care părintele crede că ar putea întâmpina probleme cu copilul. Posibilitatea de a generaliza acești patru pași și la alte activități ar trebui să fie menționată de terapeut. De exemplu, acasă, înainte să vină musafirii la cină, sau în cazul unei vizite pe care o va face familia, ar fi ideal dacă s-ar recapitula cei patru pași împreună cu copilul. În cele de mai jos, vă prezentăm câteva situații de tranziție în care părintele ar putea folosi acești pași:

- De la joacă sau televizor la teme;
- Înainte să vină un prieten al copilului la joacă;
- Înaintea unei petreceri pe care o dă copilul acasă;

- De la joacă sau televizor la baie sau culcare;
- Înainte să iasă afară la joacă;
- Înainte de a se duce copilul la școală cu autobuzul.

Aspectul cel mai important al acestei discuții este de a-i determina pe părinți să se gândească în avans la cât mai multe situații și locuri, în care o planificare anterioară, pe care să o împărtășească cu copilul, va reduce și chiar va preveni comportamentele neadecvate ale acestuia.

Tema de casă

Părinții ar trebui să continue să folosească metodele învățate anterior în cadrul acestui program. Pentru săptămâna care urmează, părinții vor trebui să își imagineze două situații fictive la magazin sau în alte locuri publice, cu singurul scop de a exersa pașii discutați anterior. Părinții s-ar putea să își dorească să înregistreze informațiile despre aceste scurte călătorii, pentru a le putea revizui împreună cu terapeutul în următoarele sedințe.

Deoarece următorul pas al acestui program se va concentra asupra modului în care părinții pot facilita dezvoltarea comportamentelor școlare adecvate ale copilului, este necesar să se stabilească dacă, în acel mediu, comportamentele sunt problematice sau nu. Întrebați-i concis pe părinți despre comportamentele școlare ale copilului și dacă consideră că este necesară trecerea la Etapa a VIII-a a acestui program, etapă care discută aceste comportamente. În cazul în care comportamentele școlare nu reprezintă o problemă, terapeutul poate trece direct la etapa a IX-a a acestui program. Cu toate acestea, s-a observat că etapa a opta oferă informații utile pentru părinții copiilor dificili, chiar dacă, în momentul respectiv, copilul încă nu manifestă comportamente problematice la școală. Acești copii au un potențial mare de a dezvolta în viitor comportamente problematice la școală; revizuirea împreună cu părinții a procedurilor descrise în etapa a VIII-a îi poate pregăti pe aceștia pentru managementul ulterior al acestor probleme. În cazul în care problemele de comportament s-au instalat deja și în mediul de la școală, stabiliți dacă în acest moment este nevoie să luați legătura prin telefon direct cu educatorul copilului, pentru a discuta problemele apărute, sau este de ajuns dacă trimiteți o scală de evaluare a comportamentelor, prin părinte. Vă sugerăm să trimiteți scalele *SESS* și *DBDRS-VE* în acest scop (vezi capitolul 2 pentru instrucțiuni și partea a treia pentru scale). Părinții pot să-i roage pe educatori să completeze aceste scale și să le aducă cu ei la următoarea sedință de intervenție.

ETAPA 8

Îmbunătățirea comportamentului școlar de acasă: *fișa de evaluare a comportamentului școlar zilnic*

Obiective:

1. Identificarea împreună cu părinții a comportamentelor problematice pe care le poate avea copilul la școală;
2. Instruirea părinților despre cum să folosească fișa de comportament școlar zilnic.

Materiale necesare:

- Fișa de lucru pentru părinți pentru etapa a opta
Folosirea fișei de evaluare a comportamentului școlar zilnic.

Sumarul etapelor:

- Verificarea temei de casă;
- Discutați cu părinții comportamentele școlare problematice;
- Predați-le părinților procedurile prin care pot folosi *fișa de evaluare a comportamentului școlar zilnic*.

Teme de casă:

- Implementați fișa de evaluare a comportamentului școlar zilnic;
- Continuați utilizarea metodelor învățate anterior.

La fel ca până acum, această ședință ar trebui să înceapă prin verificarea temei de casă, dată în ședința anterioară. În acest caz, va trebui să îi întrebați pe părinți despre modul în care au reușit să implementeze metoda „gândește cu voce tare - gândește anticipat” (în locuri publice (la cumpărături sau în vizitarea unor cunoștințe), pentru a reduce posibilitatea apariției comportamentelor problematice în aceste locuri. În cazul în care credeți că este necesar, faceți modificările de rigoare în utilizarea metodei împreună cu părinții. De asemenea, întrebați-i pe părinți dacă au avut ocazia să implementeze cei patru pași, pentru a face tranziția la activitățile majore. Din nou, ajutați-i pe părinți să identifice toate problemele întâlnite în implementarea celor patru pași acasă și, dacă este nevoie, faceți modificările de rigoare.

Trecerea în revistă a comportamentelor școlare ale copilului

Mulți copii dificili, mai ales cei cu *TOP* și comorbiditate *ADHD*, par să dezvolte cu ușurință probleme comportamentale la școală, fie în timpul orelor, fie în pauză. Alocați o perioadă de timp necesară identificării împreună cu părinții a tuturor problemelor comportamentale pe care le poate avea copilul în mediul școlar. S-ar putea să vă dați seama de aceste probleme din evaluarea inițială a copilului, din interviul cu părinții, precum și din informațiile obținute prin scalele de evaluare date educatorilor, recomandate în Capitolul 2 (și oferite în partea a treia a acestui manual). Așa cum s-a discutat în etapa anterioară, dacă le-ați dat aceste scale părinților ca să le dea educatorilor și dacă le-au adus completate la această ședință, puteți să verificați datele astfel obținute. De asemenea, în funcție de cum ați decis anterior, ați putut contacta direct prin telefon educatorul copilului pentru a obține informații detaliate despre comportamentul copilului, adiționale celor obținute din scale. Aceste informații vă vor ajuta să decideți dacă implementarea etapei a opta este necesară sau nu. Însă, chiar și în cazul în care copilul se comportă bine la școală, vă recomandăm să parcurgeți această etapă împreună cu părinții, ca să poată face față problemelor comportamentale școlare ale copilului, în cazul în care acestea apar.

Implementarea fișei de evaluare a comportamentelor școlare zilnice ale copilului

Deși responsabilitatea cea mai mare pentru rezolvarea problemelor comportamentale școlare ale copilului le revine educatorilor, părinții le pot oferi ajutor în acest sens. Astfel, una dintre metodele cele mai eficiente, în afară de implementarea unui program de modificare a comportamentului școlar, este implementarea unui program de recompense acasă, care presupune utilizarea unei fișe de evaluare a comportamentelor școlare zilnice pentru monitorizarea de-a lungul zilei a comportamentelor de la școală ale copilului. Aceste fișe sunt ușor de realizat și de utilizat de către educatorii care răspund de managementul comportamentului din mediul școlar al copilului. Fișele sunt de fapt o sursă foarte bogată de informații despre comportamentele școlare zilnice ale copilului, precum și despre temele de casă ale acestuia. Modul în care se poate întocmi o asemenea fișă pentru comportamentul școlar zilnic este prezentat în fișa de lucru a părinților, corespunzătoare acestei etape.

Așa cum indică și fișa de lucru, această procedură presupune conceperea unei fișe de comportament școlar zilnic, al cărui obiectiv este identificarea problemelor

comportamentale specifice ale copilului în școală. Puteți folosi oricare dintre cele două fișe care sunt oferite în acest scop în fișa de lucru a părinților. Aceste fișe vizează cele mai obișnuite comportamente în care copiii dificili pot avea probleme. A doua pagină a fișei-model este propusă pentru managementul problemelor agresive ale copilului deviant, din timpul pauzelor de la școală. De asemenea, vă oferim și o fișă în alb, ca o a treia pagină a fișei de lucru pentru părinți. Această pagină în alb poate fi folosită pentru conceperea unei fișe de comportament școlar zilnic, în care să fie notate comportamentele problematice cele mai specifice ale copilului. Indiferent pe care dintre fișe le veți utiliza, faceți suficiente fotocopii (copii xerox) după fiecare dintre acestea, ca să le puteți da fiecărei familii la sfârșitul acestei etape. Pe fiecare pagină se vor copia două exemplare din fiecare fișă, astfel încât, odată copiate, se pot tăia în două, oferindu-le astfel părinților mai multe exemplare pe care le vor putea utiliza.

După ce ați decis pe care dintre fișe le veți folosi sau dacă veți concepe o nouă fișă în cazul unui copil cu nevoi speciale, treceți în revistă împreună cu părinții modul în care se utilizează fișa. Asigurați-vă că părinții au înțeles că educatorul/educatorii vor trebui să completeze în fiecare zi câte o fișă nouă. Părinții pot trimite zilnic această fișă fie prin copil, fie pot trimite educatorilor mai multe copii în alb, folosind câte una dintre acestea în fiecare zi. În ambele cazuri, scopul fișei este ca educatorul să-l evalueze zilnic pe copil după fiecare oră. Aceste evaluări se fac prin utilizarea unei scale de la 1 (excellent) la 5 (foarte slab), educatorul scriind câte un număr sub fiecare comportament din coloana corespunzătoare unei anumite materii. Comentariile adiționale ale educatorului pot fi trecute pe spatele fișei, oferindu-le astfel părinților informații mai detaliate despre comportamentele școlare zilnice ale copilului. Educatorul va trebui să semneze coloana corespunzătoare materiei predate de el, prevenind, astfel, falsificarea semnăturii (de către copil). Cu toate aceste precauții, unii copii au falsificat rapoartele educatorilor, prin modificarea numerelor trecute de educatori. Spuneți-le părinților să avertizeze copilul că vor vorbi periodic cu educatorul despre evaluările făcute și că, în momentul în care se vor detecta asemenea falsificări, acestea vor fi sever penalizate.

Pe lângă faptul că fiecare educator va trebui să evalueze copilul după fiecare oră, această fișă poate fi folosită, de asemenea, ca mod de comunicare a temelor de casă pe care copilul le are de făcut în ziua respectivă. Educatorii pot să îl pună pe copil să scrie pe spatele fișei tema de casă, care poate fi verificată de educator înainte ca acesta să facă evaluarea comportamentelor copilului și să semneze fișa.

Așa cum indică fișa de lucru pentru părinți, aceste fișe destinate evaluării comportamentului școlar, vor fi verificate de către părinți în fiecare zi, după ce copilul se întoarce de la școală. Părinții ar trebui să facă remarci pozitive în funcție de evaluările pozitive ale copilului (1 și 2), folosindu-se de acestea pentru a încuraja comportamentul adecvat la școală al copilului. Ulterior, părinții vor discuta și evaluările negative (de 4 și 5). Îi pot cere copilului o descriere succintă a factorilor care au determinat aceste comportamente neadecvate. Mai mult decât discutarea comportamentelor neadecvate, este foarte important ca părinții să îi ceară copilului să propună el însuși modalități mai potrivite de a reacționa la aceleași situații, cu ocazii viitoare. A doua zi, înainte să plece copilul la școală cu noua fișă, părinții ar trebui să îi aducă aminte comportamentele problematice și unde ar trebui să aducă îmbunătățiri.

După această discuție, se alocă puncte pentru fiecare număr de pe fișă, așa cum se menționează și în fișa de lucru a părinților: 1 = + 25 de puncte (sau + 5 jetoane), 2 = + 15 puncte (sau + 3 jetoane), 3 = + 5 puncte (sau + 1 jeton), 4 = - 15 puncte (sau - 3 jetoane) și 5 = - 25 puncte (sau - 5 jetoane). Observați că evaluările slabe sunt pedepsite sau amendate. Părinții vor trebui să adune evaluările pozitive, după care să scadă din ele puncte pentru evaluările negative. Balanța punctelor, după aceea, poate fi folosită de copil ca parte a sistemului de recompense cu simboluri, stabilit în etapa a patra a acestui

program. În cazul în care copilul nu aduce acasă fișa, el va fi pedepsit acasă pentru restul zilei, pierzându-și privilegiile cele mai importante, cum ar fi televizor, jocurile video, joaca afară sau convorbirile telefonice cu prietenii.

Fișa se va folosi zilnic până când se va implementa etapa a zecea (ședința de fixare de la o lună), după care poate începe încetarea treptată a folosii metodei. Părinții trebuie sfătuiți să se întâlnească cu educatorul copilului din două în două săptămâni și să verifice împreună aceste fișe, pentru depistarea oricăror falsuri făcute de copil.

În acest moment, ar putea fi nevoie de examinarea costului fiecărei recompense de pe lista de privilegii a copilului, din sistemul de recompense cu simboluri (token), descris în Etapa 4. Fișa de comportamente școlare zilnice îi poate oferi copilului multe puncte (câștiguri), creând situația în care copilul poate câștiga majoritatea privilegiilor doar din evaluările pozitive de pe fișa de evaluare a comportamentelor școlare zilnice, fără să mai fie nevoie să manifeste comportamente pro-sociale acasă. Pentru a reglementa acest neajuns, începeți să adăugați recompense noi (pe lista de recompense) care vor „absorbi” o parte din aceste „venituri” sau creșteți prețul privilegiilor/recompenselor pe care le poate cumpăra copilul, pentru a ajunge la echilibrul inițial. Aceste proceduri de corectură descrise anterior i se par copilului mai acceptabile, dar și cele descrise acum trebuie îndeplinite ca să se poată realiza adaptarea la noua sursă de venit în sistemul de recompense.

Așa cum v-ați obișnuit deja, concluzionați prezentarea acestei proceduri prin discutarea modului în care părinții vor putea implementa procedura în următoarea săptămână. De asemenea, discutați problemele pe care părinții cred că le vor întâmpina în utilizarea fișei de comportament școlar zilnic, nu doar din punctul de vedere al cooperării copilului în cadrul programului, ci și din punctul de vedere al educatorilor copilului. În unele cazuri, ar putea fi necesar ca terapeutul să contacteze educatorul/educatorii copilului pentru a explica raționamentul și procedura sistemului cu fișă de comportamente școlare zilnice, înainte ca părinții să înceapă să le utilizeze. Putem spune că marea majoritate a educatorilor sunt dispuși să coopereze în cadrul unui asemenea program comod de management al comportamentului. De asemenea, educatorii sunt foarte mulțumiți de faptul că părinții se interesează de adaptarea copilului la mediul școlar și că sunt dispuși să stabilească consecințe (întăriri/pedepse), de care copilul va beneficia acasă, pentru a încuraja dezvoltarea unui comportament școlar adecvat.

Tema de casă

Părinții ar trebui să continue să folosească procedurile învățate în etapele anterioare ale acestui program. În plus, ar trebui, de asemenea, să implementeze sistemul cu fișă de comportament școlar zilnic descris mai înainte. Cereți-le părinților ca, pentru data viitoare, să aducă cu ei toate fișele de comportament școlar zilnic. Deși următoarea ședință poate fi programată în săptămâna care urmează, uneori se recomandă amânarea etapei a noua a acestui program, pentru cel puțin 2 săptămâni, ca să se poată alocă suficient timp pentru evaluarea eficienței sistemului cu fișe de evaluare a comportamentului școlar zilnic și a oricăror probleme care ar putea să apară în utilizarea acestuia.

ETAPA 9

Managementul problemelor comportamentale viitoare

Obiective:

1. Încurajarea părinților să identifice posibilele probleme comportamentale pe care le pot întâmpina în viitor și modul în care ar putea folosi metodele învățate anterior pentru a face față acestor probleme;
2. Pregătirea părinților pentru terminarea terapiei (în cazul în care nu se folosesc și alte tipuri de intervenție cu familia).

Materiale necesare:

- Fișa de lucru pentru părinți pentru etapa a noua
Managementul problemelor comportamentale viitoare.

Sumarul etapelor:

- Verificarea temei de casă;
- Discuții cu părinții metoda „gândește cu voce tare - gândește anticipat” (pentru managementul problemelor comportamentale de acasă;
- Distribuți fișa de lucru pentru părinți
Ținerea evidenței comportamentelor problematice;
Trecerea în revistă a acestora pentru identificarea greșelilor făcute de părinți;
Corectarea greșelilor de management în cazurile în care este nevoie;
Dezvoltarea unui sistem de stimulente;
Conceperea unui program de disciplinare;
Implementarea unui program nou;
Evaluarea eficienței programului.
- Provocați-i pe părinți să exerseze metodele învățate cu probleme comportamentale ipotetice.

Ar trebui să treceți în revistă încercările părinților din săptămâna (săptămânile) anterioară(e) de a face față comportamentelor neadecvate din locuri publice. De asemenea, ar trebui să verificați dacă au utilizat strategia „gândește cu voce tare - gândește anticipat” pentru trecerea la activități majore de acasă. Presupunând că toate acestea au mers bine în familie, ați putea încuraja părinții să continue folosirea celor patru pași pentru problemele de acasă și nu doar pentru cele din locuri publice. Vor exista multe situații ale copilului dificil în care se vor putea prezice problemele de complianță ale copilului deviant, cum ar fi vizitele musafirilor sau când vin prietenii copilului la joacă, când se organizează o petrecere acasă la copil și așa mai departe. Părinții vor putea să treacă în revistă cu ușurință cei patru pași predați în sesiunile anterioare, înainte ca aceste probleme să apară și acasă. Procedând astfel, părinții vor observa că asemenea anticipări vor scădea simțitor șansa apariției comportamentelor neadecvate. În cazul în care credeți că este nevoie, puteți oferi exemple ulterioare de cum să se folosească strategia celor patru pași din „gândește cu voce tare - gândește anticipat”. În sfârșit, treceți în revistă împreună cu părinții încercările lor de a concepe o fișă de comportamente școlare zilnice, așa cum s-a discutat în sesiunea anterioară (dacă acest pas le-a fost prezentat părinților). Examinați fișele completate aduse de la școală de copil în ultimele 1-2 săptămâni și discutați ce rezultate a dat această metodă. În caz de nevoie, reglementați orice problemă întâmpinată cu utilizarea procedurilor.

Deși această ședință de trecere în revistă și ședința de fixare de la o lună sunt de obicei ultimele ședințe ale acestui program, unii terapeuți ar putea dori să mai țină totuși câteva ședințe, ca să vadă cât de bine funcționează fișa de evaluare a comportamentelor școlare zilnice, precum și alte metode de management al comportamentului copilului implementate de familie. De altfel, trecerea în revistă a acestor activități se poate face și în cadrul ședinței de fixare de la o lună, care urmează după etapa a noua. Cu alte cuvinte, această ședință a trainingului părinților nu trebuie să fie neapărat ultima; în cazul în care terapeutul consideră că ar fi nevoie de ședințe suplimentare pentru exersarea și implementarea metodelor cu o anumită familie, atunci se vor ține ședințele necesare.

Distribuiți și verificați fișa de lucru pentru părinți

Fișa de lucru pentru părinți, corespunzătoare acestei etape, este evidentă și nu va fi discutată în detaliu. În principiu, se trec în revistă procedurile pe care părinții le-au aplicat de-a lungul programului, precum și modul în care acestea au fost aplicate pentru comportamente neadecvate, în cazul în care copilul le manifestă. Fișa de lucru explică modul în care părinții ar trebui să înceapă să monitorizeze (înregistreze) un nou comportament neadecvat, verificând însemnările după 7-10 zile, ca să vadă dacă există anumite greșeli pe care părintele le face în mod repetat după terminarea programului. Acesta este urmat de corectarea greșelilor detectate. Dacă nici după acest pas, comportamentele copilului nu se îmbunătățesc, părinții vor stabili atât un program de stimulente, cât și unul de disciplinare pentru probleme comportamentale specifice. De obicei, acest lucru implică utilizarea privilegiilor sau a sistemului cu simboluri (jetoane sau puncte) ca recompense, precum și costul răspunsului sau time-out ca pedeapsă. Accentuați faptul că, pentru un bun control al comportamentelor neadecvate, este esențial ca întăririle și pedepsele să fie consecvente și imediate. Părinții vor trebui să țină mai departe evidența comportamentelor problematice. În cazul în care nu se rezolvă problema comportamentelor neadecvate, familia (părinții) ar trebui să stabilească încă o întâlnire cu dumneavoastră, la care să își aducă notițele pentru verificare.

Provocarea părinților, cu probleme comportamentale ipotetice

Unul dintre scopurile majore ale acestei etape este eliminarea treptată a dependenței pe care părinții au dezvoltat-o față de dumneavoastră și funcționarea lor ca indivizi care vor trebui să rezolve singuri problemele comportamentale ale copilului lor. Acum, părinții au dobândit abilitățile necesare de a face față majorității problemelor comportamentale manifestate de copii în general. Următoarea lor sarcină este de a începe să conceapă singuri modalități în care să utilizeze abilitățile dobândite, pentru a face față viitoarelor probleme comportamentale ale copiilor. Puteți crea probleme comportamentale ipotetice, cărora familia va trebui să le găsească modalități de rezolvare, folosindu-se de abilitățile și metodele dobândite în programul de training. În caz de nevoie, puteți să oferiți ajutor, dar, dacă se poate, cât mai rar. În schimb, interogarea părinților în stil socratic îi va putea ajuta în corectarea procedurilor, în timp ce se favorizează independența lor față de dumneavoastră. Fiți atenți la corectarea tendinței naturale a părinților de a încerca să se orienteze mai degrabă spre metodele de pedepsire, ca metodă primară de a rezolva problemele comportamentale ale copiilor. Continuați să accentuați principiul „pozitivul înaintea negativului” (recompense înaintea pedepselor, adică mai degrabă recompense și după aceea pedepse), atunci când părinții încearcă să conceapă o strategie prin care să schimbe comportamentele copilului.

Tema de casă

Cu toate că, de obicei, în această ședință nu se dă temă de casă, le-ați putea da părinților ca temă de casă să folosească strategia „gândește cu voce tare - gândește anticipat” în cazul unei probleme comportamentale de acasă a copilului. Această metodă va fi revizuită împreună cu părintele într-o ședință ulterioară, poate în cadrul ședinței de fixare care va fi discutată în continuare. În cazul în care copilul participă într-un program cu fișă de evaluare a comportamentului școlar zilnic, acesta va trebui continuat până după ședința de fixare de peste o lună, moment în care îi veți evalua eficiența.

ETAPA 10

Ședința de fixare și întâlnirile de follow-up

Obiective:

1. Verificarea modului în care au implementat părinții toate procedurile învățate anterior și efectuarea corecturilor de rigoare;
2. Luarea deciziei dacă se va continua sau se va întrerupe sistemul de recompense de acasă;
3. Verificarea modului în care s-a folosit sistemul cu fișa de evaluare a comportamentelor școlare zilnice, în care se aplică și planificarea întreruperii acestuia;
4. Discutarea posibilelor nevoi ale copilului pentru un tratament psihofarmacologic suplimentar și trimiterea copilului pentru un asemenea tratament;
5. Reevaluarea naturii și a intensității tulburărilor de comportamente disruptive ale copilului după terminarea tratamentului.

Materiale necesare:

- Scala de evaluare a situațiilor de acasă;
- Chestionarul de evaluare a tulburărilor de comportamente disruptive - Varianta pentru părinți.

Sumarul etapelor:

- Verificați dacă părinții continuă să folosească metodele de management al comportamentelor;
- Faceți corecturile necesare (dacă se impun) în managementul acestor metode;
- Discutați posibilitatea de a întrerupe utilizarea sistemului de recompense cu simboluri;
- Discutați când și unde puteți întrerupe folosirea sistemului de fișe de evaluare a comportamentului școlar zilnic;
- Discutați nevoia unor copii de tratament psihofarmacologic suplimentar și faceți trimerile necesare la specialist.

Drept concluzie a etapei a noua, ar trebui să programați ședința de fixare de la o lună, în cazul în care nu mai este nevoie de întâlniri suplimentare cu părinții. Această ședință de fixare va fi folosită pentru a trece în revistă principiile generale predate în acest program, pentru a recapitula metodele în legătură cu care părinții au întrebări, precum și pentru a verifica modul în care părinții reușesc să implementeze procedurile acestui program. În acest moment, părinții vor completa scalele de evaluare post-intervenție (SESA și DBDRS - VP).

În special, unele discuții pot fi utile pentru a găsi o modalitate prin care să se poată întrerupe treptat sistemul de recompense cu simboluri. Cu toate acestea, acest sistem de recompense nu va putea fi întrerupt complet în cazul în care copilul este inclus într-un program cu fișe de evaluare a comportamentelor școlare zilnice, care este asociat cu primirea unor privilegii acasă. În cazul în care copilul nu este implicat într-un asemenea sistem cu fișe de evaluare, se poate înceta utilizarea sistemului de recompense. Așa cum s-a discutat în ședința dedicată sistemului de recompense (etapa a patra), părinții îi vor spune copilului că sistemul de recompense va fi întrerupt pentru câteva zile. Cu toate acestea, copilul va continua să câștige privilegii în funcție de felul în care se comportă. Se va întrerupe doar ținerea evidenței lor. În cazul în care copilul continuă să se comporte bine, părinții îi vor permite să aibă acces la privilegii zilnice; în cazul în care nu se comportă bine, aceste privilegii vor fi pierdute pentru ziua respectivă, în funcție de comportamentele problematice pe care le manifestă copilul. Părinții ar trebui să scoată în evidență faptul că privilegiile depind în continuare de comportamentele adecvate pe care le manifestă copilul și de modul în care își îndeplinește sarcinile de acasă. În cazul în care comportamentele neadecvate vor fi din nou manifestate de copil, se va reinstitui sistemul de recompense.

În cazul copiilor care sunt implicați într-un sistem cu fișe de evaluare a comportamentelor școlare zilnice, ar trebui să li se spună părinților să continue folosirea fișelor până când copilul va fi în stare să nu aibă, pe o perioadă de cel puțin 2 săptămâni, comportamente aferente punctajelor de 4 și 5 din fișă. În acest moment, utilizarea fișei va putea fi redusă doar pentru zilele de miercuri și vineri. Astfel, fișa de miercuri va cuprinde sumarul comportamentelor copilului de luni până miercuri inclusiv, iar cel de vineri va cuprinde comportamentul copilului din zilele de joi și vineri ale săptămânii. În cazul în care copilul va avea încă 2 săptămâni în care nu va manifesta comportamente aferente punctajelor 4 și 5 din fișă, utilizarea ei va putea fi redusă doar la evaluarea din ziua de vineri. Această evaluare va cuprinde comportamentele copilului din întreaga săptămână. Din nou, dacă copilul poate manifesta timp de încă 2 săptămâni comportamente mai bune decât cele notate cu 4 și 5, se poate întrerupe folosirea fișelor de evaluare a comportamentelor școlare zilnice. Cu toate acestea, i se va spune copilului că, în momentul în care părintele va primi un feedback negativ de la educatori legat de comportamentele copilului, dovedind că acestea au reapărut, atunci sistemul cu fișe de evaluare va fi reintrodus.

Pentru unele familii, punctul final al acestei discuții poate fi nevoia copilului lor de a urma un tratament psihofarmacologic suplimentar (în particular este vorba de copiii cu ADHD care vor continua să manifeste simptome ale acestei tulburări chiar și în urma training-ului parental). În cazul în care acești copii nu au fost încă incluși și într-un program medicamentos pentru tulburarea lor, precum și datorită faptului că nivelul simptomelor lor continuă să provoace probleme acasă, la școală și deteriorează funcționarea lor socială, se va lua serios în considerare dacă este nevoie ca acești copii să fie trimiși la un specialist pentru a primi tratament medicamentos. Medicația cea mai frecvent utilizată cu copiii care au ADHD este cea stimulantă. De asemenea, se pot prescrie și antidepresive și anti-hipertensive pentru recuperarea unor copii cu ADHD. În cazul în care nu s-a discutat anterior, poate că acesta este momentul cel mai

potrivit pentru a discuta cu părinții nevoia unui tratament medicamentos pentru copil. Terapeuții care doresc să știe mai multe despre tratamentul medicamentos al ADHD-ului pot consulta manualele care discută această problemă (Barkley, 1990), precum și textele lui Werry și Aman (1993). Părinții care doresc să primească mai multe informații despre aceste medicamente ar putea consulta cartea adresată părinților care au copii cu ADHD (Barkley, 1995). Volumul lui Werry și Aman este, de asemenea, excelent pentru trecerea în revistă a medicamentelor potrivite copiilor cu aceste tulburări.

Ca o concluzie finală a acestei ședințe, unii terapeuți consideră necesară programarea unei a doua ședințe de fixare după 3-6 luni, pentru a monitoriza progresul pe care îl face familia în implementarea acestor proceduri. Pe parcursul acestor intervale de verificare, familia este încurajată să ceară ajutor atunci când simte că are nevoie de așa ceva.

Felicitări! Tocmai ați reușit să încheiați cu o familie sau cu mai multe familii parcurgerea eficientă a programului de management comportamental al copilului. Multe familii au dovedit îmbunătățiri semnificative, demonstrate și de comentariile lor, precum și de scorurile la scalele pe care le-ați administrat periodic pe parcursul trainingului. În cazul în care, după utilizarea acestui program, aveți sugestii care ar putea îmbunătăți în continuare eficiența lui, vom fi bucuroși să vă ascultăm.

PARTEA A III-A

Instrumente de evaluare

În această parte, vom descrie instrumentele care pot fi utilizate pentru evaluarea copiilor cu probleme comportamentale de tip deviant, opoziționist sau disruptiv) trimiși la specialiști de sănătate mintală. Instrucțiunile generale (Formularul 1) vor fi trimise părinților împreună cu Scala de evaluare a tulburărilor de comportamente disruptive – Varianta pentru părinți (Formularul 4), Chestionarul de evaluare a situațiilor de acasă (Formularul 6). Pachetul poate să cuprindă și alte scale pe care considerați că ar trebui să le completeze părinții copilului, cum ar fi Scala de evaluare a comportamentelor copilului sau Sistemul de evaluare a comportamentului copilului, discutat anterior. În acest pachet, mai pot fi incluse, de asemenea, și Fișa informațiilor despre copil și familie (Formularul 2), precum și Fișa privind istoricul medical și de dezvoltare (Formularul 3).

Educatorilor li se trimite un alt pachet care poate conține următoarele scale: Scala de evaluare a tulburărilor de comportamente disruptive – Varianta pentru educatori (Formularul 5), Chestionarul de evaluare a situațiilor școlare (Formularul 7). În acest pachet puteți trimite și alte scale pe care credeți că educatorii ar trebui să le completeze, cum ar fi Scala de evaluare a comportamentelor copilului – Varianta pentru educatori sau Sistemul de evaluare a comportamentelor copilului (Varianta pentru educatori), așa cum s-a discutat mai înainte.

De obicei, după ce veți primi aceste scale completate (de la părinți și educatori), se va face programarea formală a copilului și a părinților la evaluare, dar, înainte, părinților li se va trimite Fișa „Cum să vă pregătiți pentru evaluarea copilului dumneavoastră” (Formularul 8).

Odată ce familia ajunge la evaluare, clinicianul ar trebui să folosească Scala de interviu clinic – Varianta pentru părinți (Formularul 9) pentru a-i intervieva pe părinți despre copiii lor. Această fișă este completată de clinician, pe baza informațiilor relevante obținute de la părinți de-a lungul interviului (în paranteze sunt trecute instrucțiunile necesare). Odată terminat interviul, examinatorul poate intervieva copilul în timp ce părinții completează în sala de așteptare scala prin care își evaluează propria lor persoană. Vorbim aici de Scala de evaluare a comportamentului adultului (Formularele 10 și 11), precum și de alte scale pe care doriți să le folosiți, cum ar fi Chestionarul de simptome 90, Scala de adaptare maritală Locke-Wallace, Indexul de stres parental (Parenting Stress Index), și alte scale discutate anterior.

Instrucțiuni pentru utilizarea acestor instrumente pot fi găsite în Partea I a acestui manual.

Instrucțiunile generale (Formularul 1), precum și Fișa privind istoricul medical și de dezvoltare (Formularul 3) au fost concepute de colegii autorului, R Barkley, de la Clinica de ADHD de la Universitatea din Massachusetts Medical Center, Arthur Anastapoulos, PhD, George DuPaul, PhD, Terri Shelton, PhD, și Gwennyth Edwards, PhD, precum și subsemnatul. Interviul clinic (Formularul 9) inclus în acest manual este o variantă îmbunătățită și adaptată a

variantei mai vechi a interviului clinic din textul scris de autor pe tema ADHD (Barkley, 1990). Părți ale acestui interviu au fost de asemenea îmbunătățite pe baza interviurilor folosite în clinica de ADHD și Psihofarmacologie de la Centrul Medical de la Universitatea din Massachusetts. Aceste interviuri au fost concepute cu ajutorul altor autori Arthur Anastapoulos, PhD, Daniel Connor, PhD, George DuPaul, PhD, Terri Shelton, PhD, și Gwenyth Edwards, PhD. Celelalte scale de evaluare și broșuri de pregătire a copilului pentru evaluare au fost dezvoltate de autor explicit pentru acest manual.

Autorul și editorul îi permit cumpărătorului acestui manual să fotocopieze aceste scale de evaluare doar pentru folosirea lor în scopul evaluării profesioniste a copilului (vezi pentru detalii pagina de copyright a acestui manual).

Cuprinsul Părții a III-a

Instrucțiuni generale de completare a chestionarelor (Formularul 1)	175
Informații despre copil și familie (Formularul 2)	176
Formularul de istoric medical și de dezvoltare (Formularul 3)	177
Scala de evaluare a tulburărilor de comportamente disruptive – Varianta pentru părinți (Formularul 4)	180
Scala de evaluare a tulburărilor de comportamente disruptive – Varianta pentru educatori (Formularul 5)	182
Chestionarul de evaluare a situațiilor de acasă (Formularul 6)	183
Chestionarul de evaluare a situațiilor de la școală (Formularul 7)	184
Cum să vă pregătiți pentru procesul de evaluare a copilului (Formularul 8)	185
Interviu clinic – Formularul pentru părinți (Formularul 9)	194
Scala de evaluare a comportamentului adulților – Auto-evaluarea comportamentului actual (Formularul 10)	219
Scala de evaluare a comportamentului adulților – Auto-evaluarea comportamentului din copilărie (Formularul 11)	220

INSTRUCȚIUNI GENERALE DE COMPLETARE A CHESTIONARELOR (FORMULARUL 1)

Ca parte a procesării cerințelor dumneavoastră de a vă evalua copilul, vă rugăm să completați următoarele chestionare despre copilul și familia dumneavoastră, incluse în acest pachet. Apreciem foarte mult faptul că sunteți dispus să completați aceste scale. Răspunsurile dumneavoastră ne vor oferi posibilitatea de a înțelege comportamentele copilului dumneavoastră de acasă, precum și situația familiei dumneavoastră. În completarea acestor chestionare, urmați cât se poate de riguros instrucțiunile date:

1. Toate fișele incluse în acest pachet ar trebui completate de către părintele care are cea mai mare responsabilitate în creșterea copilului. În cazul în care ambii părinți locuiesc împreună cu copilul, părintele care petrece cel mai mult timp împreună cu copilul va fi cel care va trebui să completeze scalele.
2. În cazul în care și celălalt părinte dorește să completeze aceste formulare, vă recomandăm să cereți specialistului un nou pachet de scale. Acest părinte va lua legătura cu _____, la numărul de telefon _____, și va primi cât de repede pachetul cerut.
3. În cazul în care copilul dumneavoastră este deja implicat într-un program medicamentos pentru managementul comportamentelor sale (cum ar fi Ritalin ori alt tip de medicamente) sau pentru orice alt gen de tulburări emoționale (cum ar fi antidepresivele), vă rugăm să completați scalele pentru copil cu informații despre acesta, când NU este sub influența medicamentelor. Probabil că aveți ocazia să observați comportamentele copilului dumneavoastră când acesta nu ia medicamente. Din acest motiv, atunci când completați scalele, vă rugăm să vă referiți la aceste perioade. Astfel ne putem face o imagine despre natura reală a dificultăților cu care se confruntă copilul dumneavoastră, fără modificările produse de tratamentul medicamentos folosit. Cu toate acestea, unii părinți, ai căror copii sunt sub tratament medicamentos de multă vreme, s-ar putea să nu reușească să ne ofere aceste informații. În acest caz, completați scalele ținând cont de comportamentului copilului, dar bifați a treia linie albă de mai jos, ca să știm că informațiile se referă la comportamentul copilului sub tratament medicamentos. Bifați unul dintre spațiile de mai jos, ca să știm cu siguranță pe ce bază evaluați comportamentele copilului dumneavoastră, atunci când răspundeți la aceste întrebări din chestionarul comportamental:
___ Momentan, copilul meu nu ia niciun medicament pentru probleme comportamentale. Răspunsurile mele se referă la comportamentele copilului din perioada în care nu este sub influența medicației.
___ Momentan, copilul meu este sub tratament medicamentos pentru probleme comportamentale. Cu toate acestea, răspunsurile mele se referă la comportamentele copilului din perioadele în care nu este sub influența medicației.
___ Momentan, copilul meu este sub tratament medicamentos pentru probleme comportamentale. Răspunsurile mele se bazează pe comportamentele copilului din perioadele în care ESTE sub influența tratamentului medicamentos.

În cazul în care copilul dumneavoastră ia medicamente pentru probleme comportamentale sau emoționale, vă rugăm să treceți mai jos medicamentele folosite:

Vă mulțumim că ați completat aceste chestionare și că le-ați trimis înapoi atât de repede.

VĂ RUGĂM SĂ NE TRIMITEȚI ACEST FORMULAR ÎMPREUNĂ CU CELELALTE CHESTIONARE.

Din *Copilul dificil*. Copyright 1997 Guilford Press. Pentru uzul personal, cumpărătorul acestei cărți are dreptul de multiplicare a acestui formular.

INFORMAȚII DESPRE COPIL ȘI FAMILIE (FORMULARUL 2)

Numele copilului _____ Data nașterii _____ Vârsta _____

Adresa _____ (Strada) _____ (Orașul) _____ (Cod) _____

Telefon (acasă) _____ La serviciu _____ Tata / Mama _____ (Încercuiți unul)

Școala/Grădinița copilului _____ Numele educatorului _____

Adresa școlii/grădiniței _____ (Strada) _____ (Orașul) _____ (Cod) _____

Telefon (școală/grădiniță) _____ În ce clasă/grupă este copilul _____

Dacă este în clasă/grupă specială? DA NU Dacă DA, în ce tip? _____

Numele tatălui _____ Vârsta _____ Educația _____ (ani)

Locul de muncă al tatălui _____

Tip de angajare _____ Venit anual _____

Numele mamei _____ Vârsta _____ Educația _____ (ani)

Locul de muncă al mamei _____

Tip de angajare _____ Venit anual _____

Copilul este adoptat? DA NU Dacă DA, vârsta adopției _____

Părinții sunt căsătoriți? DA NU Separați? DA NU Divorțați? DA NU

Medicul copilului _____

Adresa medicului _____ (Strada) _____ (Orașul) _____ (Cod) _____

Nr. de telefon al medicului _____

Vă rugăm să treceți pe lista de mai jos ceilalți copii din familie:

[illegible]

Din *Copilul dificil*. Copyright 1997 Guilford Press. Pentru uzul personal, cumpărătorul acestei cărți are dreptul de multiplicare a acestui formular.

FORMULARUL DE ISTORIC MEDICAL ȘI DE DEZVOLTARE (FORMULARUL 3)

SARCINĂ ȘI NAȘTERE

- A. Durata sarcinii (de exemplu, 40 de săptămâni, 32 de săptămâni, etc.) _____
- B. Durata nașterii (numărul de ore de la intrarea în travaliu și naștere) _____
- C. Vârsta mamei în momentul nașterii copilului _____
- D. Greutatea la naștere a copilului _____
- E. S-au întâmplat, oricare dintre evenimente de mai jos, în timpul sarcinii/nașterii?

1. Sângerare;	NU	DA
2. Îngrășare drastică (mai mult de 12-15 kg);	NU	DA
3. Preeclampsia;	NU	DA
4. Incompatibilitate a Rh;	NU	DA
5. Stări de greață și vărsături frecvente;	NU	DA
6. Răniri sau boli grave;	NU	DA
7. Folosirea medicamentelor date pe rețetă; Dacă da, treceți numele medicamentului.	NU	DA
8. Folosirea medicamentelor ilegale;	NU	DA
9. Consumul băuturilor alcoolice; a. Dacă da, aproximativ câte pahare de băuturi alcoolice pe săptămână.	NU	DA
10. Fumat ; a. Dacă da, aproximați câte țigări pe zi (ex. 10 țigări/zi).	NU	DA
11. Prescrierea de medicamente pentru diminuarea durerilor nașterii; a. Dacă da, treceți numele medicamentului.	NU	DA
12. Nașterea a fost provocată;	NU	DA
13. S-a utilizat forceps în timpul nașterii;	NU	DA
14. A fost o naștere în prezentație pelviană (copilul a ieșit cu fundul sau cu picioarele înainte);	NU	DA
15. Naștere prin cezariană;	NU	DA
16. Alte probleme - descrieți.	NU	DA

F. L-au afectat pe copilul dumneavoastră, în timpul nașterii sau în primele zile după naștere, oricare dintre factorii enumerați mai jos?

1. Vătămări în timpul nașterii;	NU	DA
2. Probleme cardio-pulmonare în timpul nașterii;	NU	DA

Din *Copilul dificil*. Copyright 1997 Guiford Press. Pentru uzul personal, cumpărătorul acestei cărți are dreptul de multiplicare a acestui formular.

3. Naștere cu cordonul ombilical în jurul gâtului;	NU	DA
4. Probleme de respirație după naștere;	NU	DA
5. Avea nevoie de oxigen;	NU	DA
6. Era cianotic, s-a învînețit;	NU	DA
7. Era galben (icter);	NU	DA
8. Avea infecție;	NU	DA
9. Avea convulsii;	NU	DA
10. I s-au administrat medicamente;	NU	DA
11. S-a născut cu probleme congenitale;	NU	DA
12. A rămas în spital mai mult de 7 zile.	NU	DA

SĂNĂTATEA ȘI TEMPERAMENTUL SUGARULUI

A. În primele 12 luni, copilul dumneavoastră:

1. Era dificil de hrănit;	NU	DA
2. Adormea cu greu;	NU	DA
3. Avea colici;	NU	DA
4. Se acomoda greu cu un program;	NU	DA
5. Era vioi;	NU	DA
6. Era vesel;	NU	DA
7. Era afectuos;	NU	DA
8. Era sociabil;	NU	DA
9. Era ușor de alinat;	NU	DA
10. Era greu de ținut ocupat cu ceva;	NU	DA
11. Era hiperactiv, se mișca tot timpul;	NU	DA
12. Era foarte încăpățânat, provocator.	NU	DA

ASPECTE IMPORTANTE ALE DEZVOLTĂRII TIMPURII

A. La ce vârstă a reușit copilul dumneavoastră să facă următoarele lucruri:

1. Să stea în fund fără ajutor;
2. Să meargă în patru labe;
3. Să meargă singur, fără ajutor;
4. Să spună cuvinte separate (de exemplu, „mama”, „tata”, „dada” etc.);
5. Să pună laolaltă două sau mai multe cuvinte (de exemplu, „mama sus”);
6. Controlul sfincterelor (urina) atât ziua, cât și noaptea;
7. Controlul sfincterelor (fecale) atât ziua, cât și noaptea.

(cont.)

ISTORIC MEDICAL

A. Data ultimului examen medical al copilului: _____

B. A avut vreodată copilul dumneavoastră oricare dintre următoarele problemele descrise mai jos:

1. Astm;	Niciodată	În trecut	În prezent
2. Alergii;	Niciodată	În trecut	În prezent
3. Diabet, artrită sau alte boli cronice;	Niciodată	În trecut	În prezent
4. Epilepsie sau alte tulburări convulsive;	Niciodată	În trecut	În prezent
5. Convulsii în stări febrile;	Niciodată	În trecut	În prezent
6. Varicelă sau alte boli tipice ale copilăriei;	Niciodată	În trecut	În prezent
7. Probleme de inimă sau de tensiune arterială;	Niciodată	În trecut	În prezent
8. Temperaturi mari (39-40);	Niciodată	În trecut	În prezent
9. Oase rupte;	Niciodată	În trecut	În prezent
10. Tăieturi grave care necesită sutură;	Niciodată	În trecut	În prezent
11. Traumatisme craniene cu pierderea stării de conștiență;	Niciodată	În trecut	În prezent
12. Intoxicație cu plumb;	Niciodată	În trecut	În prezent
13. Intervenții chirurgicale;	Niciodată	În trecut	În prezent
14. Spitalizări de durată lungă;	Niciodată	În trecut	În prezent
15. Probleme de limbaj;	Niciodată	În trecut	În prezent
16. Infecții cronice ale urechii/otite cronice;	Niciodată	În trecut	În prezent
17. Probleme de auz;	Niciodată	În trecut	În prezent
18. Probleme de vedere;	Niciodată	În trecut	În prezent
19. Probleme de motricitate fină (scris de mână);	Niciodată	În trecut	În prezent
20. Probleme de motricitate grosieră (stângăcie/neîndemânare);	Niciodată	În trecut	În prezent
21. Probleme legate de poftă de mâncare (mănâncă prea mult sau prea puțin);	Niciodată	În trecut	În prezent
22. Probleme de somn (adoarme greu sau se trezește frecvent);	Niciodată	În trecut	În prezent
23. Probleme legate de defecație;	Niciodată	În trecut	În prezent
24. Probleme legate de urinat;	Niciodată	În trecut	În prezent
25. Alte probleme de sănătate; Vă rugăm descrieți.			

SCALA DE EVALUARE A TULBURĂRILOR DE COMPORTAMENTE DISRUPTIVE - VARIANTA PENTRU PĂRINȚI (FORMULARUL 4)

Numele copilului _____ Vârsta _____ Data evaluării _____

Fișă completată de _____

Relația cu copilul: (încercuiți varianta potrivită)

Mama _____ Tata _____ Părinte vitreg _____ Alta: _____ (explicați)

Instrucțiuni: Încercuiți cifra care descrie cel mai bine comportamentele de acasă ale copilului dumneavoastră, în ultimele 6 luni.

	Niciodată sau foarte rar	Uneori	Adesea	Foarte des
1. Nu reușește să aloce atenție la detalii sau face greșeli de atenție în activitățile școlare;	0	1	2	3
2. Are dificultăți în menținerea atenției într-o sarcină sau în timpul jocului;	0	1	2	3
3. Pare să nu asculte atunci când i se vorbește direct;	0	1	2	3
4. Nu respectă instrucțiunile și nu își termină sarcinile;	0	1	2	3
5. Are dificultăți în organizarea sarcinilor sau a activităților;	0	1	2	3
6. Evită sarcinile (de exemplu, activități școlare, tema de casă) care necesită efort mental;	0	1	2	3
7. Pierde lucruri necesare pentru rezolvarea unor sarcini sau activități;	0	1	2	3
8. I se poate distra ușor atenția;	0	1	2	3
9. Este uituc în activitățile zilnice;	0	1	2	3
10. Își frământă mâinile sau nu poate să stea cuminte într-un scaun;	0	1	2	3
11. Se scoală din bancă sau de pe scaun în situații în care i se cere să stea pe scaun sau în bancă;	0	1	2	3
12. Fuge excesiv de mult în situații în care așa ceva nu este potrivit;	0	1	2	3
13. Are dificultăți în a se juca în liniște;	0	1	2	3
14. Pare să fie tot timpul în mișcare, de parcă ar fi condus de un „motor”;	0	1	2	3
15. Vorbește excesiv de mult;	0	1	2	3

Din *Copilul dificil*. Copyright 1997 Guilford Press. Pentru uzul personal, cumpărătorul acestei cărți are dreptul de multiplicare a acestui formular.

	Niciodată sau foarte rar	Uneori	Adesea	Foarte des
16. Dă răspunsuri înainte să i se pună vreo întrebare (Vorbește neîntrebat.);	0	1	2	3
17. Are dificultăți în a-și aștepta rândul;	0	1	2	3
18. Îi întrerupe sau intervine în discuțiile celorlalți;	0	1	2	3
19. Își pierde cumpătul;	0	1	2	3
20. Se ceartă cu adulții;	0	1	2	3
21. Este sfidător sau refuză să îndeplinească cerințele adulților ori să respecte regulile;	0	1	2	3
22. Îi enervează voit pe ceilalți;	0	1	2	3
23. Dă vina pe alții pentru propriile greșeli sau comportamente inadecvate;	0	1	2	3
24. Este sensibil sau ceilalți îl enervează foarte ușor;	0	1	2	3
25. Este nervos sau supărăcios;	0	1	2	3
26. Este răzbunător sau răutăcios.	0	1	2	3

Instrucțiuni: Vă rugăm să indicați situațiile în care copilul dumneavoastră a făcut oricare dintre următoarele activități, în ultimele 12 luni.

1. Este deseori bătut, amenințat sau intimidat de ceilalți;	NU	DA
2. Inițiază adesea bătăi;	NU	DA
3. A folosit o armă care ar putea produce răni grave (de exemplu, baston, cărămidă, o sticlă spartă, cuțit sau armă);	NU	DA
4. A fost nemilos/dur cu alții;	NU	DA
5. A chinuit fizic animale;	NU	DA
6. A furat în timpul unei încăierări (de exemplu, furt de poșete, atac armat);	NU	DA
7. A obligat pe cineva la activitate sexuală;	NU	DA
8. S-a angajat deliberat la incendieri cu intenția de a produce distrugerii serioase;	NU	DA
9. A distrus intenționat proprietatea altora (altceva decât incendiere);	NU	DA
10. A pătruns în / a spart casa, clădirea sau mașina cuiva;	NU	DA
11. Minte adesea ca să obțină bunuri sau favoruri sau ca să evite obligații (adică îi „fraierește” pe ceilalți);	NU	DA
12. A furat bunuri de valoare prin confruntarea cu o victimă (de exemplu, a furat dintr-un magazin fără să intre prin spargere);	NU	DA
13. Deseori stă în afara casei până târziu, contrar regulilor impuse de părinți; Dacă da, la ce vârstă a început acest lucru? ____	NU	DA
14. A fugit de acasă (casa părintească, a părinților adoptivi sau orfelinat) în timpul nopții de cel puțin 2 ori; Dacă da, de câte ori? ____	NU	DA
15. Chiulește adesea de la școală; Dacă da, la ce vârstă a început să facă acest lucru? ____	NU	DA

SCALA DE EVALUARE A TULBURĂRILOR DE COMPORTAMENTE DISRUPTIVE - VARIANTA PENTRU EDUCATORI (FORMULARUL 5)

Numele copilului _____ Data evaluării _____

Fișă completată de _____

Aproximativ câte ore petreceți cu copilul într-o zi de școală? _____

Care sunt disciplinele pe care le predați de obicei copilului? _____

Instrucțiuni: Încercuiți cifra care descrie cel mai bine comportamentul școlar al copilului, în ultimele 6 luni.

	Niciodată sau foarte rar	Uneori	Adesea	Foarte des
1. Nu reușește să aloce atenție la detalii sau face greșeli de atenție în activitățile școlare;	0	1	2	3
2. Are dificultăți în menținerea atenției într-o sarcină sau în timpul jocului;	0	1	2	3
3. Pare să nu asculte atunci când i se vorbește direct;	0	1	2	3
4. Nu respectă instrucțiunile și nu își termină sarcinile;	0	1	2	3
5. Are dificultăți în organizarea sarcinilor sau a activităților;	0	1	2	3
6. Evită sarcinile (de exemplu, activități școlare, tema de casă) care necesită efort mental;	0	1	2	3
7. Pierde lucruri necesare pentru rezolvarea unor sarcini sau activități;	0	1	2	3
8. I se distrage ușor atenția;	0	1	2	3
9. Este uituc în activitățile zilnice;	0	1	2	3
10. Își frământă mâinile sau nu poate să stea cuminte într-un scaun;	0	1	2	3
11. Se scoală din bancă sau de pe scaun în situații în care i se cere să stea pe scaun sau în bancă;	0	1	2	3
12. Fuge excesiv de mult în situații în care așa ceva nu este potrivit;	0	1	2	3
13. Are dificultăți în a se juca în liniște;	0	1	2	3
14. Pare să fie tot timpul în mișcare, de parcă ar fi condus de un „motor”;	0	1	2	3
15. Vorbește excesiv de mult;	0	1	2	3
16. Dă răspunsuri înainte să i se pună vreo întrebare (Vorbește neîntrebat.);	0	1	2	3
17. Are dificultăți în a-și aștepta rândul;	0	1	2	3
18. Îi întrerupe sau intervine în discuțiile celorlalți;	0	1	2	3
19. Își pierde cumpătul;	0	1	2	3
20. Se ceartă cu adulții;	0	1	2	3
21. Este sfidător sau refuză să îndeplinească cerințele adulților sau să respecte regulile;	0	1	2	3
22. Îi enervează voit pe ceilalți;	0	1	2	3
23. Dă vina pe alții pentru propriile greșeli sau comportamente inadecvate;	0	1	2	3
24. Este sensibil sau ceilalți îl enervează foarte ușor;	0	1	2	3
25. Este nervos sau supărăcios;	0	1	2	3
26. Este răzbunător sau răutăcios.	0	1	2	3

Din *Copilul dificil*. Copyright 1997 Guilford Press. Pentru uzul personal, cumpărătorul acestei cărți are dreptul de multiplicare a acestui formular.

CHESTIONARUL DE EVALUARE A SITUAȚIILOR DE ACASĂ (FORMULARUL 6)

Numele copilului _____ Data evaluării _____

Numele persoanei care completează această fișă _____

Instrucțiuni: În opinia dumneavoastră, manifestă copilul dumneavoastră probleme de complianță la instrucțiuni, comenzi sau reguli în oricare dintre următoarele situații? Dacă da, încercuiți cuvântul DA, după care încercuiți cifra care corespunde severității problemei percepute de dumneavoastră. În cazul în care copilul dumneavoastră nu manifestă nicio problemă în situația dată, încercuiți NU și treceți la următoarea situație de pe formular.

Situații	DA/NU		Ușor		Dacă da, cât de sever?						Sever	
Când se joacă singur;	DA	NU	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Când se joacă cu alți copii;	DA	NU	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
În timpul meselor;	DA	NU	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Când se îmbracă;	DA	NU	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Când se spală sau face baie;	DA	NU	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Când dvs. vorbiți la telefon;	DA	NU	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
La televizor;	DA	NU	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Când aveți musafiri;	DA	NU	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Când sunteți în vizită la cineva;	DA	NU	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
În locuri publice (restaurante, magazine, biserici etc.);	DA	NU	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Când tatăl este acasă;	DA	NU	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Când este rugat să îndeplinească sarcini;	DA	NU	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Când este rugat să își facă temele;	DA	NU	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
La culcare;	DA	NU	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Când este în mașină;	DA	NU	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Când este cu bona.	DA	NU	1	2	3	4	5	6	7	8	9	

Total număr probleme _____ Media scorului la severitatea problemelor _____

Din *Copilul dificil*. Copyright 1997 Guilford Press. Pentru uzul personal, cumpărătorul acestei cărți are dreptul de multiplicare a acestui formular.

CHESTIONARUL DE EVALUARE A SITUAȚIILOR DE LA ȘCOALĂ (FORMULARUL 7)

Numele copilului _____ Data evaluării _____

Numele persoanei care completează această fișă _____

Instrucțiuni: În opinia dumneavoastră, manifestă copilul dumneavoastră probleme de complianță la instrucțiuni, comenzi sau reguli în oricare dintre următoarele situații? Dacă da, încercuiți cuvântul DA, după care încercuiți cifra care corespunde severității problemei percepute de dumneavoastră. În cazul în care copilul dumneavoastră nu manifestă nicio problemă în situația dată, încercuiți NU și treceți la următoarea situație de pe fișă.

Situații	DA/NU		Dacă da, cât de sever?								
			Ușor			Sever					
Când ajunge la școală;	DA	NU	1	2	3	4	5	6	7	8	9
În timpul activității individuale din bancă;	DA	NU	1	2	3	4	5	6	7	8	9
În timpul activităților din grupuri mici;	DA	NU	1	2	3	4	5	6	7	8	9
În timpul jocului liber din clasă;	DA	NU	1	2	3	4	5	6	7	8	9
În timpul predării în clasă;	DA	NU	1	2	3	4	5	6	7	8	9
În pauză,	DA	NU	1	2	3	4	5	6	7	8	9
La masă;	DA	NU	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pe coridoare;	DA	NU	1	2	3	4	5	6	7	8	9
În baie;	DA	NU	1	2	3	4	5	6	7	8	9
În excursii;	DA	NU	1	2	3	4	5	6	7	8	9
În cadrul întâlnirilor speciale;	DA	NU	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pe autobuz.	DA	NU	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Total număr probleme _____ Media scorului la severitatea problemelor _____

Din *Copilul dificil*. Copyright 1997 Guilford Press. Pentru uzul personal, cumpărătorul acestei cărți are dreptul de multiplicare a acestui formular.

CUM SĂ VĂ PREGĂTIȚI PENTRU PROCESUL DE EVALUARE A COPILULUI (FORMULARUL 8)

Recursul la un specialist în vederea evaluării psihologice a copilului este o decizie majoră pentru orice părinte. Mulți părinți nici nu știu la ce să se aștepte în urma unei astfel de evaluări și ce ar trebui să facă pentru a fi pregătiți pentru un astfel de demers. Acesta este motivul pentru care vă prezentăm următoarele informații. Ele vă oferă câteva sugestii legate de modul în care trebuie să vă pregătiți pentru evaluarea copilului dumneavoastră, astfel încât timpul pe care îl petreceți cu specialistul să fie folosit cât mai eficient și să aducă avantaje maxime.

CUM SĂ VĂ PREGĂTIȚI

Atunci când luați decizia de a vă duce copilul la specialist, luați în considerare îngrijorările pe care le aveți în momentul de față. De obicei, aceste îngrijorări sunt legate de problemele de adaptare comportamentală, emoțională, familială, școlară sau socială ale copilului dumneavoastră. În timp ce așteptați să vă faceți programarea, luați o foaie de hârtie și notați pe ea răspunsurile la următoarele întrebări care sunt legate de îngrijorările dumneavoastră. Acest lucru v-ar putea ajuta în clarificarea nelămuririlor pe care le aveți, legate de problemele copilului. De asemenea, acest lucru facilitează procedura de evaluare, poate chiar mai mult, veți economisi timp (și bani).

În cele ce urmează, vă prezentăm ariile/domeniile pe care să le luați în considerare:

1. Ce vă neliniștește cel mai mult în legătură cu copilul dumneavoastră? Nu intrați în explicații lungi; treceți pe foaie doar câteva probleme majore. În primul rând, acest lucru vă va ajuta să identificați dacă acestea sunt problemele majore pe care le are copilul acasă, la școală, cu vecinii (sau în comunitate). Utilizați aceste domenii drept cap de tabel al listei dumneavoastră. Pentru a facilita procesul de evaluare, este important să fiți cât mai specifici. Ce vă deranjează cel mai mult în legătură cu problemele copilului în aceste domenii? În coloana „Probleme de acasă” treceți acele probleme comportamentale pe care le considerați a fi neadecvate pentru vârsta copilului dumneavoastră. Adică probleme care apar mai frecvent sau cu o intensitate mai mare decât credeți că ar fi normal pentru un copil de această vârstă. Chiar dacă nu considerați că acestea ar fi neadecvate pentru vârsta copilului dumneavoastră, însă totuși sunteți îngrijorați, scrieți-le pe listă, dar indicați și acest aspect. Acum faceți același lucru și pentru „Problemele de la școală” și pentru restul domeniilor din capul de tabel (Cartier/Vecini, Prieteni sau alte domenii). Nu uitați să aduceți această listă la întâlnirea cu specialistul.
2. Acum, pe spatele acestei foi de hârtie sau pe o alta, treceți aceste arii majore și notați tot ce vă vine în minte legat de dificultățile copilului dumneavoastră, care ar putea indica existența unei probleme în următoarele domenii: sănătate (probleme medicale cronice), inteligență sau dezvoltare mentală, dezvoltarea motricității și coordonarea, probleme legate de simțuri (văz, auz etc.), abilități legate de învățare (de exemplu, citit, scris, matematică etc.), anxietate sau frică, depresie, agresivitate față de alții, hiperactivitate, nivel redus de atenție și comportament anti-social (cum ar fi minciuna, furtul, incendierea, fuga de

- acasă etc.). S-ar putea să le fi trecut deja pe acestea în prima listă, dar acest lucru v-ar putea ajuta în reorganizarea lor în aceste noi categorii necesare evaluării .
3. Unora dintre părinți s-ar putea să le fie jenă să discute anumite probleme din familie cu specialistul, deoarece consideră că acestea ar putea contribui la problemele emoționale și comportamentale ale copilului, prin urmare nu vor dori să le divulge. Ne referim aici la consumul de alcool sau abuzul de substanțe de către unul sau ambii părinți, probleme conjugale, care duc la conflicte frecvente. Aceste probleme ar putea determina un tratament necorespunzător al copilului. Disciplinarea excesivă, pedeapsa fizică abuzivă care ar putea indica un abuz (fizic sau chiar sexual) asupra copilului pot fi posibile probleme pe care părintele ar putea avea rețineri să le divulge în discuția cu un specialist. Cu toate acestea, părinții ar trebui să își dea seama că acestea sunt aspecte foarte importante, pe care specialiștii ar trebui să le înțeleagă pe deplin pentru a putea pune un diagnostic clar și pentru a putea face o intervenție eficientă. În cazul în care aceste informații nu sunt date, șansa de a pune un diagnostic greșit este mai mare, în plus, conceptualizarea cazului și conceperea intervenției ar putea fi eronate, din cauza faptului că specialistul nu are acces la aceste informații care influențează în mod direct înțelegerea cazului.
 4. Dacă este posibil, vorbiți cu educatorul copilului dumneavoastră și notați pe această listă părerea lui despre adaptarea copilului dumneavoastră la mediul școlar. Din nou, nu uitați să aduceți această listă la întâlnirea pe care o aveți cu specialistul.
 5. Acum, luați încă o foaie de hârtie și faceți o listă cu toate problemele care credeți că apar în familia dumneavoastră (în afară de problemele copilului). Folosiți-vă de următoarele capete de tabel (dacă acestea vă sunt utile): Probleme personale (lucrurile care vă îngrijorează la propria persoană), probleme conjugale, probleme financiare, probleme cu rudele, probleme legate de locul de muncă sau al soțului/soției, probleme cu ceilalți copii din familie, probleme de sănătate ale dumneavoastră sau ale soțului/soției. Luați și această listă cu dumneavoastră la întâlnirea cu specialistul.

Aceste liste sunt similare cu aspectele care vor fi cel mai probabil discutate în interviul cu specialistul. Păstrați listele la îndemână și treceți pe ele orice problemă care vă vine în minte până la întâlnirea cu acesta. Aceste liste vă vor fi de folos în centrarea evaluării pe aspectele cele mai importante ale problemelor copilului sau familiei, menținând evaluarea pe direcția propusă. Conceperea acestor liste vă va ajuta să vă clarificați ceea ce credeți despre propria dumneavoastră situație, dar și despre problemele copilului. În sfârșit, aceste liste vă vor ajuta să maximizați utilitatea evaluării atât pentru dumneavoastră, cât și pentru copil, iar specialistul vă va respecta și vă va aprecia mult pentru faptul că v-ați pregătit pentru evaluare.

EVALUAREA

Interviul clinic cu dumneavoastră, părinții (și în mai mică măsură cel cu copilul dumneavoastră), este probabil unul dintre aspectele cele mai importante ale unei evaluări comprehensive a copilului. Alte aspecte importante sunt chestionarele pe care le-ați completat despre comportamentele copilului dumneavoastră, interviul cu educatorul (educatorii) copilului, și alte chestionare completate de educator.

De ce tip de informații are nevoie specialistul de la dumneavoastră pentru a putea face evaluarea?

Înainte ca specialiștii să poată identifica și diagnostica problemele comportamentale, emoționale și de învățare ale copilului, ei trebuie să adune foarte multe informații despre copil și familia acestuia, să selecteze informația relevantă care ar putea indica prezența unor tulburări psihice, să determine seriozitatea problemei, să excludă sau să includă alte tulburări sau probleme pe care le-ar putea avea copilul, să ia în considerare resursele disponibile pentru a putea face față problemei. În cazul în care copilul dumneavoastră are, de asemenea, nevoie de evaluare educațională sau psihologică pentru identificarea unor probleme de învățare și dezvoltare adiacente celor de comportament, aceste aspecte vor fi discutate cu dumneavoastră în ziua evaluării și se va face o trimitere spre un psiholog sau specialist în consiliere educațională pentru evaluări adiționale. Vă puteți aștepta ca evaluarea să dureze în medie între 2 - 4 ore.

De ce alte elemente mai este nevoie pentru ca evaluarea să fie completă?

De multe ori, specialiștii au nevoie de informații de la alte persoane care îl cunosc pe copilul dumneavoastră și care le pot oferi date suplimentare. S-ar putea să fiți rugați: (1) să îi dați permisiunea specialistului să obțină rapoartele evaluărilor anterioare ale copilului dumneavoastră; (2) să îi permiteți specialistului să ia legătura cu medicul care îl tratează pe copilul dumneavoastră, pentru a obține informații suplimentare despre starea de sănătate a acestuia și despre tratamentul primit (dacă este cazul); (3) să oferiți rezultatele celei mai recente evaluări educaționale de la școală; (4) să inițiați o astfel de evaluare în cazul în care nu s-a făcut încă sau dacă credeți că copilul ar putea avea probleme de adaptare școlară; (5) să completați bateria de teste care evaluează comportamentele copilului dumneavoastră și care v-au fost probabil date deja; (6) să returnați aceste chestionare completate înainte de data evaluării; (7) să vă dați acordul ca și educatorul copilului să poată completa o astfel de baterie de teste care vizează comportamentele copilului și (8) să vă dați acordul pentru ca specialistul să poată obține informații de la serviciile sociale care ar putea fi deja implicate în acordarea de ajutor copilului dumneavoastră.

Sunt puține situațiile în care părinții refuză să dea acordul specialiștilor pentru a obține informațiile de care au nevoie. Cu toate acestea, uneori, apar situații în care ați putea dori să aveți acces la o a doua părere, nedistorsionată, legată de problemele copilului dumneavoastră. Acest lucru poate să apară în situația în care copilul dumneavoastră a fost deja evaluat o dată de specialistul de la școală sau de un altul, cu a cărui părere nu sunteți de acord. În asemenea situații, s-ar putea să doriți să nu cereți informațiile legate de evaluările de la școală. În acest caz, vă rugăm să oferiți o explicație specialiștilor în legătură cu acest aspect (pentru a avea o imagine mai clară asupra motivelor pe care le-ați avut atunci când ne-ați cerut să facem evaluarea). Cu toate acestea, în majoritatea cazurilor, nu ar trebui să le interziceți specialiștilor să aibă acces la informațiile care pot fi oferite de educatorii copilului dumneavoastră, chiar și în cazurile în care nu sunteți de acord cu părerea lor. Lipsa colaborării dintre specialist și educatorii copilului poate periclita în mare măsură înțelegerea problemelor acestuia, deoarece, astfel, nu se obțin informațiile de la a doua sursă majoră care cunoaște bine situația copilului dumneavoastră. În cazul în care nu sunteți de acord cu părerea educatorului, spuneți-i despre acest lucru specialistului înainte ca acesta să ia legătura cu școala, asta pentru a se evita unele neînțelegeri.

Ce se va întâmpla în ziua evaluării?

Mai multe lucruri. Interviuul despre copilul dumneavoastră va dura cam 1-2 ore. Cel mai probabil este că și copilul va fi interviuat, însă interviul efectuat cu dumneavoastră este cel mai important. În cazul în care nu vi s-au trimis deja, s-ar putea să fiți rugat să completați câteva chestionare vizând comportamentele copilului. S-ar putea ca și copilul să fie testat, în cazul în care apar întrebări legate de nivelul său de inteligență, probleme legate de abilități de limbaj sau școlare ori alte probleme legate de abilitățile mentale (de exemplu, memorie, abilități motrice etc.).

Interviul cu părinții

Interviul cu părintele este o parte importantă a procesului evaluării copilului. Niciun adult nu ar putea să aibă mai multe informații despre copil decât dumneavoastră ca părinte. Pe cât posibil, ambii părinți ar trebui să participe la acest interviu, deoarece fiecare dintre ei poate avea o perspectivă diferită asupra problemelor cu care se confruntă copilul. În cazul în care unul dintre părinți are un program de lucru care nu îi permite participarea la acest interviu, celălalt părinte ar trebui să discute cu acesta în ziua precedentă evaluării și să își noteze grijile și opiniile pe care celălalt părinte le are despre copil și problemele acestuia. De obicei, nu este nevoie ca și frații și surorile copilului să participe la prima evaluare. Cu toate acestea, în unele cazuri, specialistul cere ca și frații copilului să fie aduși la o a doua întâlnire, mai ales în cazurile în care consideră că este necesar să obțină informații specifice de la aceștia, privind conflictele din familie sau problemele pe care frații le pot avea cu copilul evaluat.

Interviul realizat cu dumneavoastră servește mai multor scopuri. În primul rând, stabilește o relație importantă între dumneavoastră și specialist (și poate chiar și între copil și specialist), ceea ce se va dovedi util și vă va înlesni foarte mult participarea în continuare în cadrul procesului de evaluare. În al doilea rând, prin interviu se pot obține informații importante despre copilul și familia dumneavoastră, îi oferă specialistului punctul dumneavoastră de vedere despre problemele copilului și poate, astfel, restrânge aria evaluării. Acesta este momentul în care puteți vorbi deschis, cu o persoană de specialitate, despre îngrijorările dumneavoastră în legătură cu problemele copilului. Încercați să nu fiți timizi, sfioși sau rezervați. Cu cât reușiți să îi oferiți specialistului mai multe informații, cu atât va putea acesta evalua problemele copilului și va putea pune un diagnostic mai acurat. Folosiți-vă de listele pe care le-ați conceput înainte de a veni la evaluare, pentru a nu uita cumva vreun aspect important despre care intenționați să discutați. În al treilea rând, interviul poate de multe ori releva în ce măsură problemele copilului sunt o sursă de stres pentru dumneavoastră și familie. De asemenea, îl va ajuta și pe specialist să își dea seama cât de bine vă descurcați ca părinte. În al patrulea rând, interviul poate scoate la iveală informații importante privind relația dumneavoastră cu copilul, ceea ce poate avea o importanță deosebită în identificarea posibilelor cauze ale problemelor copilului. Dar cele două scopuri majore ale acestui interviu sunt: stabilirea unui diagnostic pentru problemele copilului dumneavoastră și recomandarea unui tratament adecvat.

Probabil că specialistul va lua notițe în timpul conversației cu dumneavoastră. El va trece de asemenea și observațiile legate de dumneavoastră și de modul în care vă relaționați cu copilul atunci când sunteți împreună. Deși aceste observații despre dumneavoastră și copil sunt deseori foarte utile în identificarea unor posibile probleme ale copilului (care vor putea fi discutate cu dumneavoastră mai târziu), acestora nu li se va aloca o importanță exagerată în evaluare. Comportamentul copilului în cabinet nu este întotdeauna foarte relevant și nu oferă informații despre modul în care acesta

(cont.)

se comportă acasă sau la școală. În general, cercetările efectuate pe copii cu probleme comportamentale au arătat faptul că o mare parte dintre ei au un comportament normal în timpul evaluării. Aceste comportamente normale nu vor fi interpretate de specialiști ca fiind indicatori ai faptului că acest copil nu are probleme. Cu toate acestea, în cazul în care copilul manifestă foarte multe comportamente de neatenție, de hiperactivitate sau sfidare în cadrul evaluării, acestea pot avea valoare informativă, deoarece, de obicei, ele sunt neobișnuite pentru un copil normal și ar putea fi un indicator al modului în care copilul dumneavoastră se comportă la școală.

Unii specialiști pot opta pentru varianta în care și copilul să fie prezent la interviul efectuat cu dumneavoastră. Acest lucru îi ajută să își formeze o imagine despre modul în care vă relaționați cu copilul. Este recomandabil acest lucru până în momentul în care copilul nu devine supărat de natura întrebărilor puse de dumneavoastră sau a răspunsurilor dumneavoastră despre el. Unii părinți nu se simt în largul lor în asemenea situații, deoarece s-ar putea să nu dorească să discute despre problemele copilului de față cu el, cel puțin nu în această fază a evaluării. În cazul în care considerați că prezența copilului ar putea avea un efect inhibitor asupra dumneavoastră, iar răspunsurile ar fi mai puțin oneste, spuneți-i specialistului despre acest lucru imediat după ce vă întâlniți cu el în cadrul evaluării. Specialistul cu siguranță dorește să abordeze situația într-un mod în care să vă simțiți confortabil.

INFORMAȚII DESPRE COPIL

Cel mai probabil, interviul va începe cu explicarea procedurilor care vor fi aplicate ca parte a acestei evaluări și informații despre durata acestora. În cazul în care nu s-a discutat încă despre acest lucru, se va discuta și costul estimativ al evaluării, precum și modul în care se va face plata. Specialiștii vă vor spune în acest moment că, deși tot ceea ce spuneți este confidențial (adică, nu i se va spune nimănui ceea ce ați discutat, fără permisiunea dumneavoastră), legislația în vigoare vă limitează acest privilegiu. Aceste limitări se referă la neglijarea și abuzul copilului. În cazul în care îi oferiți asemenea informații specialistului, acesta este nevoit să raporteze aceste date forurilor superioare. Specialistul/clinicianul vă va vorbi despre aceste limite în ziua evaluării.

Cu cea mai mare probabilitate, interviul se va transforma într-o discuție despre griji pe care le aveți în legătură cu problemele copilului. S-ar putea să fiți rugați să dați exemple specifice de comportamente ale copilului prin care să ilustrați exact aspectul care vă îngrijorează cel mai mult. De exemplu, în cazul în care vă îngrijorează comportamentul excesiv de impulsiv al copilului dumneavoastră, vi se vor cere exemple concrete de comportamente impulsive pe care le manifestă. Se face acest lucru nu fiindcă cineva s-ar îndoi de opiniile dumneavoastră, ci pentru a-l ajuta pe specialist să își dea seama cum ați ajuns la această concluzie. Oferiți aceste informații așa cum puteți în momentul în care sunteți întrebat. De asemenea, ați putea fi întrebat despre modul în care faceți față problemelor comportamentale ale copilului și dacă soțul/soția folosește aceleași metode. Deseori, copiii cu probleme comportamentale se comportă mai bine în prezența taților decât a mamelor. Este absolut în ordine să descrieți asemenea diferențe, acest lucru nu înseamnă că dumneavoastră sau soțul/soția dumneavoastră faceți ceva greșit sau provocați de fapt problemele copilului.

De asemenea, veți fi întrebat despre momentul în care ați observat pentru prima oară problemele copilului, precum și perioada cât au durat acestea. Încercați să fiți cât se poate de specifici. Notițele făcute despre acestea înaintea evaluării v-ar putea ajuta în reamintirea acurată a informației cerute. Acest lucru duce într-un mod firesc la întrebări legate de tipul asistenței profesionale primite anterior apelării la acest specialist și dacă permiteți luarea legăturii cu acești profesioniști, ca specialistul să afle mai multe detalii

despre copilul și familia dumneavoastră. De obicei, specialiștii îi întreabă pe părinți despre părerea lor legată de posibilele cauze ale dezvoltării acestor probleme. Dacă aveți vreo idee legată de acest aspect, este foarte bine să o spuneți; în cazul în care nu știți care ar putea fi cauza acestor probleme, nu este nicio problemă dacă spuneți pur și simplu „nu știu”. Nu uitați că nici specialiștii nu cunosc cauza exactă a problemelor comportamentale ale copilului dumneavoastră, deși au foarte multe informații care reduc aria posibilelor cauze. Uneori, pur și simplu este imposibil să spunem cu certitudine motivul pentru care copiii se comportă așa cum se comportă. Să nu credeți că trebuie neapărat să oferiți cea mai plauzibilă explicație pentru problemele comportamentale ale copilului dumneavoastră.

În cazul în care ați completat formularele care vi s-au trimis înainte de evaluare și le-ați și trimis înapoi, specialistul v-ar putea cere să le treceți împreună în revistă, mai ales răspunsurile care i se par neclare. În cazul în care specialistul nu vă cere acest lucru, i-ați putea cere dumneavoastră să o facă. Ați putea fi, de asemenea, rugat să oferiți lămuriri suplimentare legate de răspunsurile de pe formularele trimise de educatorul (educatorii) copilului. În cazul în care vă interesează, puteți cere să vi se arate răspunsurile educatorului (educatorilor). Este dreptul dumneavoastră să vedeți ce părere a avut educatorul despre copilul dumneavoastră. Rugați-l pe specialist să vă explice tot ceea ce vi se pare neclar în aceste formulare sau răspunsuri.

Specialistul va discuta cu dumneavoastră despre orice problemă pe care copilul o are în diferite domenii de dezvoltare. De obicei, părinții sunt întrebați despre nivelul de dezvoltare al copilului lor, sănătatea fizică, abilitățile senzoriale și motorii, limbaj, gândire, nivel de inteligență, probleme emoționale, relații de familie. S-ar putea să vi se pună și dumneavoastră asemenea întrebări. Mulți specialiști doresc să treacă în revistă împreună cu dumneavoastră o varietate de probleme comportamentale sau simptome specifice unor tulburări psihice, ca să vadă dacă copilul dumneavoastră ar putea avea probleme în aceste domenii. Fiți cât se poate de onest și indicați dacă aceste simptome sunt sau nu prezente la copilul dumneavoastră și în ce măsură.

Deoarece specialiștii încearcă să evalueze problemele copilului dumneavoastră, ar putea petrece mai mult timp împreună cu dumneavoastră în încercarea de a identifica preocupările majore pe care le aveți în legătură cu copilul dumneavoastră, ceea ce este în ordine. Dar ei ar dori, de asemenea, să investigheze punctele forte ale copilului în oricare dintre ariile discutate anterior sau în domenii specifice cum ar fi hobby-uri, sporturi sau materii de la școală. În cazul în care specialistul nu vă întreabă despre aceste lucruri, puteți să îi oferiți o imagine mai complexă și mai echilibrată despre copilul dumneavoastră. De asemenea, părinții sunt întrebați despre posibilele domenii de interes, privilegii sau recompense care sunt pe placul copilului dumneavoastră. Se pot folosi foarte bine aceste informații mai târziu, în momentul în care se concepe un program de recompense pentru copil, ca parte a training-ului cu părinții vizând managementul comportamentelor.

La un moment dat, în cadrul acestui interviu, specialiștii ar dori să treacă în revistă împreună cu dumneavoastră istoricul medical și de dezvoltare al copilului. Acesta ar trebui să fi fost completat deja înainte de evaluare, dar s-ar putea să dorească să treacă în revistă împreună cu dumneavoastră răspunsurile date, ca parte a interviului.

Este esențial ca specialistul să discute cu dumneavoastră istoricul școlar al copilului; mulți copii care au fost trimiși spre evaluare au dificultăți de adaptare la cerințele școlii. S-ar putea să fiți întrebat despre vârsta la care copilul dumneavoastră a început grădinița, școala, cât de bine a trecut de la o etapă la alta, precum și despre notele pe care le-a luat la școală. Veți fi de asemenea întrebat despre tipurile specifice de evaluare educațională și rezultatele obținute de copil la aceste evaluări sau dacă copilul dumneavoastră a participat la o evaluare de grup în cadrul școlii. În cazul în care copilul nu a fost evaluat la școală, ați putea cere o astfel de evaluare, mai ales dacă el are probleme la școală, ceea

(cont.)

ce justifică cererea formală a unei asemenea evaluări. De asemenea, veți fi întrebat și despre îngrijorările specifice ale educatorilor legate de performanța școlară a copilului atât în prezent, cât și în trecut. Să nu uitați să îi menționați specialistului cazurile în care copilul dumneavoastră a rămas corigent, a fost suspendat sau exmatriculat. De obicei, părinții sunt întrebați și despre natura relației pe care o au cu personalul de la școală, care în prezent lucrează cu copilul – dacă relația este prietenoasă și suportivă sau este conflictuală, dacă comunicarea este deschisă sau limitată și ostilă. Acest lucru ajută foarte mult în pregătirea pentru contactarea ulterioară a personalului de la școală, în cazul în care este nevoie de așa ceva. Dacă specialistul uită să vă întrebe despre aceste aspecte, ați putea ridica dumneavoastră această problemă, pentru a-i oferi specialistului o imagine mai clară asupra relației pe care ați avut-o cu școala copilului.

S-ar putea să vi se ceară să vă dați acordul scris necesar pentru contactarea școlii copilului dumneavoastră, dacă nu l-ați dat deja. În majoritatea cazurilor, ar trebui să fiți de acord cu acest lucru, deoarece specialistului îi este destul de dificil să realizeze o evaluare completă a problemelor copilului fără accesul la informațiile legate de comportamentul acestuia la școală. În cazul în care nu doriți să se ia legătura cu școala, nu uitați să îi oferiți specialistului o explicație clară cu privire la motivul pentru care nu vă dați acordul (ca să nu fie induși în eroare și să vă considere ostil fără motiv, față de ei sau față de școală).

INFORMAȚII DESPRE DUMNEAVOASTRĂ ȘI FAMILIA DUMNEAVOASTRĂ

Specialiștii sunt conștienți de faptul că, pentru majoritatea familiilor cu copii care au probleme comportamentale, stresul atinge nivele mult mai ridicate decât în alte familii și că părinții acestor copii ar putea avea mai multe probleme personale decât părinții copiilor fără probleme comportamentale. Nu vă simțiți ofențați dacă vi se pun asemenea întrebări. Informațiile despre dumneavoastră și familia dumneavoastră pot fi de un ajutor foarte mare în înțelegerea mai bună a problemelor copilului și în dezvoltarea unei intervenții potrivite. În cazul în care aveți nevoie de ajutor suplimentar (pentru dumneavoastră sau familia dumneavoastră), spuneți-i specialistului. Cu siguranță veți fi întrebat despre trecutul, educația, ocupația dumneavoastră și a soțului/soției dumneavoastră. Specialistul v-ar putea întreba dacă fie dumneavoastră, fie soțul/soția dumneavoastră ați avut vreun fel de probleme psihice, de învățare, de dezvoltare sau probleme medicale cronice. În cadrul acestor evaluări, părinții sunt de asemenea întrebați dacă au probleme conjugale care este natura acestora. Toate aceste întrebări sunt de rutină și foarte importante, prin urmare, vă rugăm să răspundeți la ele cât se poate de onest.

Vi se vor pune întrebări și despre ceilalți copii din familie, despre problemele psihice, educaționale, de dezvoltare etc., pe care ei le-ar putea avea.

Înainte ca interviul cu dumneavoastră să ia sfârșit, alocați o perioadă scurtă ca să revizuiți notițele pe care le-ați adus și verificați dacă ați discutat cu specialistul toate aspectele care vă îngrijorează. Împărtășiți-i specialistului toate informațiile legate de aceste notițe sau orice altceva ce credeți că ar putea fi de ajutor în înțelegerea copilului și a familiei dumneavoastră. Onestitatea și sinceritatea dumneavoastră vor fi respectate și apreciate de personalul nostru.

INTERVIUL CU COPILUL

În funcție de vârsta și nivelul de inteligență al copilului dumneavoastră, se va alocă o perioadă de timp în cadrul evaluării pentru intervierea de către specialist a copilului dumneavoastră și pentru adunarea observațiilor legate de înfățișarea, comportamentul

și abilitățile de dezvoltare ale acestuia. Scopul acestui interviu este foarte asemănător cu scopul interviului făcut cu dumneavoastră. Cu toate acestea, nu ar trebui să luați prea în serios informațiile pe care le extragem din acest interviu. Așa cum am spus și mai înainte, asemenea observații informale despre comportamentul copilului dumneavoastră din cadrul interviului ar putea fi mai puțin tipice pentru comportamentul acestuia de acasă sau de la școală. Specialiștii nu vor face greșea de a pune un accent prea mare pe observațiile legate de comportamentul copilului din cabinet/clinică. Să nu vă surprindă cazul în care copilul se comportă adecvat în timpul evaluării și să nu vă îngrijorați prea mult din acest motiv.

Copilului dumneavoastră i se vor pune multe întrebări generale. Acestea se vor referi la următoarele arii de funcționare:

1. În ce măsură este copilul conștient de această vizită/evaluare și de ceea ce i-au spus părinții în legătură cu motivul vizitei;
2. Care sunt hobby-urile, emisiunile TV, sportul, animalele favorite ale copilului dumneavoastră;
3. La ce școală merge copilul, cine sunt educatorii lui, care sunt materiile predate și care sunt materiile care îi plac cel mai mult. Dacă copilul nu se descurcă la o materie, va trebui să încerce să explice care sunt motivele dificultăților întâmpinate;
4. Dacă copilul își dă seama sau nu că are probleme comportamentale la școală. Ce metode de disciplinare folosește educatorul pentru managementul comportamentelor neadecvate ale copilului;
5. Părerea copilului dacă este sau nu acceptat de ceilalți copii din clasă;
6. Ce părere are copilul despre problemele pe care le-ați relatat specialistului;
7. Ce și-ar dori copilul să se schimbe sau să se îmbunătățească acasă sau la școală;

Specialiștii sunt conștienți de faptul că, de obicei, copiii relatează că ar avea mai puține dificultăți și s-ar putea să se comporte la fel și în cadrul acestui interviu. Astfel, specialiștii nu se vor folosi de răspunsurile copilului în stabilirea diagnosticului unei tulburări comportamentale, de învățare sau emoționale.

Unii dintre specialiști cred că ar fi util în cadrul acestui interviu, mai ales în cazul copiilor mici, să se joace cu ei, să deseneze împreună sau pur și simplu să se plimbe prin cabinet. Alții aleg o altă metodă prin care spun o serie de propoziții/fraze incomplete și îi lasă pe copii să le completeze. Astfel, se obțin pe o cale mai puțin directă informații legate de sentimentele/convingerile pe care le au copiii despre ei înșiși și despre caracteristicile vieții lor.

Interviul educatorilor

Deși nu este absolut necesar ca acest interviu să aibă loc în aceeași zi cu cel efectuat cu dumneavoastră și cu copilul, interviul educatorului/educatorilor este o parte esențială a evaluării. Pe lângă părinți, sunt destul de puțini adulți care petrec la fel de mult timp cu copilul ca și educatorul/educatorii, mai ales în cazurile în care copilul este în clasele primare. Părerile educatorilor despre copil reprezintă o parte critică a evaluării acestuia și se va face de către specialiști în cea mai mare parte a cazurilor. În afară de cazurile/situațiile cele mai neobișnuite, ar trebui să vă dați acordul pentru acest schimb de informații, deoarece sunt făcute în interesul copilului dumneavoastră. Cel mai probabil, acest interviu va fi făcut prin telefon.

Educatorii vor fi întrebați despre problemele școlare și comportamentale actuale ale copilului dumneavoastră, despre relația copilului cu colegii săi și despre modul în care reacționează în diferite situații școlare, mai ales în cazul în care anumite sarcini trebuie îndeplinite. Am dori să investigăm prin intermediul educatorului/educatorilor

(cont.)

și situațiile în care copilul este supravegheat parțial sau deloc, cum ar fi în perioada pauzelor, a meselor sau a întâlnirilor speciale (de exemplu, festive), pe coridoare, băi sau pe autobuzul școlii. Specialistul va dori, de asemenea, să afle metodele pe care le folosește în acest moment educatorul pentru a face față problemelor copilului. La fel, se va discuta și performanța copilului dumneavoastră în cadrul fiecărei materii în parte. Specialistul ar putea întreba dacă s-a realizat sau nu o evaluare multidisciplinară în grup a copilului dumneavoastră. În cazul în care copilul nu a fost evaluat, specialistul l-ar putea întreba pe educator dacă ar trebui inițiată o astfel de evaluare, mai ales în cazul în care va fi nevoie de resurse educaționale speciale pentru rezolvarea problemelor copilului.

SUMAR

Interviurile efectuate cu dumneavoastră și cu copilul, precum și luarea legăturii cu educatorii copilului reprezintă o parte indispensabilă a evaluării copilului dumneavoastră. Aceste interviuri oferă foarte multe informații utile în diagnosticarea și conceperea unui program de intervenție pentru copilul dumneavoastră, informații ce nu ar putea fi obținute altfel. În cadrul acestor interviuri, ar trebui alocată o perioadă de timp suficient de lungă pentru ca specialistul să poată explora toate domeniile importante cu fiecare persoană în parte, ca să obțină o imagine cât mai completă despre copilul dumneavoastră. Un interviu inițial de 20 de minute nu este suficient! Perioada medie a unui astfel de interviu pentru fiecare persoană în parte variază între 1-2 ore, fără să includă și testarea psihologică a copilului. De asemenea, este esențial pentru specialist să obțină scalele de evaluare ale comportamentului copilului completate de părinți și educator/educatori. Unii copii ar putea avea nevoie și de evaluare școlară și psihologică ca să se poată exclude alte tulburări de dezvoltare, de învățare, însă acestea nu vor fi făcute în prima zi a evaluării. În cazul în care este nevoie de asemenea testări, specialistul vă va explica motivele și unde pot fi realizate testările.

Sperăm că aceste informații vă sunt utile în pregătirea pentru evaluarea copilului dvs. de către personalul de specialitate.

INTERVIU CLINIC - FORMULARUL PENTRU PĂRINȚI (FORMULARUL 9)

Numele copilului _____ Persoana care furnizează informații _____
Relația cu copilul: (încercuiți una dintre variante) Mama Tata Alta _____
Nr. Fișă _____ Intervievator _____ Data evaluării _____
Data nașterii copilului _____ Vârsta: Ani _____ Luni _____
Cine trimite copilul la evaluare _____ (exemplu școală, medic, etc.).
Dacă persoana care a trimis copilul spre evaluare dorește o copie a fișei. DA NU

Diagnostic clinice: (Se va completa după evaluare)

1. _____ 2. _____ 3. _____

Recomandări clinice: (vor fi trecute pe scurt după evaluare)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

INFORMAȚII LEGALE

(Intervievator: La începutul interviului, asigurați-vă că ați trecut în revistă informațiile privind aspecte ale legislației în vigoare.)

Din *Copilul dificil*. Copyright 1997 Guilford Press. Pentru uzul personal, cumpărătorul acestei cărți are dreptul de multiplicare a acestui formular.

STRUCTURA FAMILIEI

Acest copil este:

Copilul dvs. biologic _____ Adoptat _____ În îngrijirea dvs. _____

Cu care dintre părinți locuiește copilul?

Cu ambii _____ Doar cu mama _____ Doar cu tata _____ Cu nici unul dintre părinți _____ Copilul locuiește cu bunicii _____ Este în grija altora _____

Este copilul legal în custodia dvs? DA NU (Intervievator: Dacă NU, stabiliți dacă din punct de vedere legal evaluarea poate continua sau nu).

Locuiește vreun alt adult în locuință? DA NU Dacă DA, cine? _____

Câți copii sunt în familie? _____ Câți dintre aceștia locuiesc încă acasă? _____

PREOCUPĂRILE PĂRINȚILOR LEGATE DE PROBLEMELE COPILULUI - MOTIVUL EVALUĂRII

Care a fost motivul pentru care ați adus copilul la evaluare? (Organizați răspunsurile părinților în categoriile sugerate mai jos, întrebând părinții despre: (1) detalii specifice ale fiecărei îngrijorări, (2) când a început, (3) cât de des apar și cât sunt de severe și (4) cum au încercat până acum să rezolve problema).

Probleme de management al comportamentelor de acasă:

Probleme de reactivitate emoțională de acasă:

Întârzieri în dezvoltare: (dacă există, ar fi bine să treceți în revistă împreună cu părinții criteriile de diagnostic pentru retardul mental sau alte tulburări specifice de dezvoltare, cum ar fi tulburările de învățare).

Probleme de management al comportamentului școlar:

(cont.)

Performanță școlară sau probleme de învățare:

Probleme de reactivitate emoțională la școală:

Probleme de interacțiune socială cu prietenii/coleții:

Comportamente în comunitate (în afara casei și școlii):

Alte probleme:

De ce ați cerut evaluarea copilului tocmai acum?

(cont.)

Ce fel de ajutor sau tratament sperați să primiți în urma acestei evaluări?

Acum că ați spus care sunt problemele majore ale copilului dumneavoastră care v-au făcut să veniți la specialiști și ce sperați în urma evaluării, vor trebui discutate împreună cu dumneavoastră o serie de probleme ale copilului. Acest lucru este necesar pentru formarea unei imagini cât mai complete a nivelului de adaptare a copilului dumneavoastră. În cele ce urmează, vă voi pune o serie de întrebări care vizează domenii relevante de dezvoltare a unui copil. Trebuie să spuneți dacă ați observat ceva neobișnuit, anormal, atipic sau chiar bizar în funcționarea copilului dumneavoastră în aceste domenii. Să începem cu:

Dezvoltarea senzorială (probleme de vedere, auz, simț tactil sau miros; reacții anormale la stimulare senzorială; halucinații etc.):

Dezvoltarea motrică (coordonare, ținută, echilibru, postură, mișcări, gesturi, ticuri, obiceiuri nervoase, manierisme etc.):

Dezvoltarea limbajului (întârzieri, probleme de comprehensiune, dificultăți de vorbire):

Dezvoltarea emoțională (reacții exagerate, schimbări bruște de dispoziție, dispoziții extreme, imprevizibile, stări emoționale ciudate, frici sau stări de anxietate neobișnuite etc.):

Gândirea (idei ciudate, preocupări bizare sau fixații, fantezii neobișnuite, vorbește într-un stil care reflectă gânduri incomplete sau incoerente, delir):

(cont.)

Comportament social (agresiv, respins, se bate cu alții, retras, rușinos, anxios în preajma altor persoane, nu vorbește în prezența altor persoane, distant sau nu exprimă dorința de a se apropia de prieteni/colegi, de alți copii etc.):

Abilități intelectuale/academice (întârzieri în dezvoltarea mentală generală, probleme de memorie, întârzieri specifice în citire, matematică, scris sau alte arii școlare):

TRECEREA ÎN REVISTĂ A TULBURĂRIILOR DIN COPILĂRIE CONFORM DSM-IV

În continuare, vor urma o serie de întrebări legate de probleme comportamentale, sociale și emoționale pe care copiii le au de obicei. Pe măsură ce vor fi puse aceste întrebări, nu uitați că o parte dintre comportamentele menționate nu sunt neapărat necorespunzătoare sau anormale, ci pot fi întâlnite uneori și în cazul copiilor normali și sănătoși. Vă rog să îmi spuneți pe care dintre următoarele lucruri le face copilul dumneavoastră într-o măsură pe care o considerați nepotrivită pentru un copil de aceeași vârstă și același sex.

(Intervievator: În cazul în care copilul dumneavoastră face parte dintr-un grup minoritar sau a trăit în străinătate, asigurați-vă că părintele răspunde încorporând în răspunsul lui și răspunsul la următoarea întrebare: „Credeti că această problemă este la fel de delicată și pentru grupul etnic sau cultural de care aparține copilul?”)

Tulburarea opoziționismului provocator

(Intervievator: Pentru diagnostic, sunt necesare patru sau mai multe simptome. Simptomele trebuie să fie nepotrivite pentru vârsta copilului; trebuie să persiste cel puțin 6 luni; trebuie să ducă la o deteriorare semnificativă în funcționarea socială, școlară sau profesională).

În cele ce urmează, vi se vor adresa câteva întrebări specifice despre comportamentele copilului dumneavoastră, în ultimele 6 luni. Pentru fiecare comportament despre care sunteți întrebat, vă rog să îmi spuneți dacă copilul dumneavoastră a manifestat comportamentul respectiv într-o măsură nepotrivită pentru un copil de vârsta lui.

A. Lista criteriilor necesare pentru TOP

(Treceți 1 dacă este prezent, 0 dacă este absent și ? dacă nu se știe).

În ultimele 6 luni, a manifestat copilul dumneavoastră oricare dintre următoarele comportamente:

1. Adesea își pierde cumpătul; _____
2. Adesea se ceartă cu adulții; _____
3. Adesea sfidează sau refuză în mod activ să se conformeze cererilor sau regulilor adulților; _____
4. Adesea enervează în mod deliberat pe alții; _____

Din *Copilul dificil*. Copyright 1997 Guilford Press. Pentru uzul personal, cumpărătorul acestei cărți are dreptul de multiplicare a acestui formular.

(cont.)

5. Adesea blamează pe alții pentru propriile sale erori sau propria purtare inadecvată; _____
6. Adesea este susceptibil ori ușor de enervat de către alții; _____
7. Adesea este furios și plin de resentimente; _____
8. Adesea este ranchiunos și răzbunător. _____
- B. Au existat aceste comportamente în ultimele 6 luni?
(Treceți 1 dacă au fost prezente, 0 dacă nu au fost prezente și ? dacă nu se știe) _____
- C. De la ce vârstă au început aceste comportamente să fie problematice pentru copilul dvs. ? _____ (ani).
- D. Au creat aceste comportamente probleme sau deteriorări în oricare dintre următoarele domenii (Treceți 1 dacă au fost prezente, 0 dacă nu au fost prezente și ? dacă nu se știe).
Relații sociale cu ceilalți _____ Performanța școlară _____
- E. Criterii de excludere: (Intervievator: Treceți 1 dacă simptomele apar în cadrul unei tulburări psihotice sau tulburări afective sau dacă sunt îndeplinite criteriile pentru tulburarea de conduită. Treceți 0 dacă nu și ? dacă nu se știe.) _____

Cod de diagnostic

Condițiile pentru diagnostic:

- Însumează secțiunea A 4 sau mai multe puncte? _____
- Însumează secțiunea B 1 punct? _____
- Însumează secțiunea D 1 sau mai multe puncte? _____
- Însumează secțiunea E 0 puncte? _____

(Bifați aici dacă toate condițiile au fost îndeplinite).

☐ TOP (313.81)

B.C.U. „M. EMINESCU” IAȘI

Tulburarea de conduită

(Intervievator: Pentru diagnostic, sunt necesare trei sau mai multe simptome în ultimele 12 luni și cel puțin una în ultimele 6 luni; în momentul actual, simptomele trebuie să producă deteriorare în funcționarea socială și școlară.)

În cele ce urmează, vi se vor adresa câteva întrebări despre unele lucruri pe care copilul dumneavoastră s-ar putea să le fi făcut. Gândiți-vă dacă aceste comportamente au apărut în ultimele 12 luni.

- A. Lista criteriilor Tulburării de conduită
(Treceți 1 dacă este prezent, 0 dacă este absent și ? dacă nu se știe).
În ultimele 12 luni, a manifestat copilul dumneavoastră oricare dintre următoarele comportamente:

1. Adesea tiranizează, amenință sau intimidează pe alții; _____
2. Inițiază adesea bătăi; _____

(cont.)

3. A făcut uz de o armă care poate cauza o vătămare corporală serioasă altora (de exemplu, băț, cărămidă, sticlă spartă, cuțit, armă de foc); _____
4. A fost crud fizic cu alți oameni; _____
5. A fost crud fizic cu animalele; _____
6. A furat în confruntare cu victima (de exemplu, banditism, furt din poșete, estorcare, atac cu mâna armată); _____
7. A forțat pe cineva la activitate sexuală; _____
8. S-a angajat deliberat în incendieri cu intenția de a cauza un prejudiciu serios; _____
9. A distrus deliberat proprietatea altora (altfel decât prin incendiere); _____
10. A intrat prin efracție în casa, dependințele sau autoturismul cuiva; _____
11. Minte adesea pentru a obține bunuri sau favoruri ori pentru a evita anumite obligații (adică escrochează pe alții); _____
12. A furat lucruri de valoare mare, fără confruntare cu victima (de exemplu, furt din magazine, dar fără efracție; plastografie); _____
13. Adesea lipsește de acasă noaptea în disprețul interdicției părinților. Dacă da, la ce vârstă a început? _____ (ani).
(Intervievator: Ca să fie considerat ca simptom, trebuie să înceapă înaintea vârstei de 13 ani.); _____
14. A fugit de acasă (noaptea) de cel puțin două ori în perioada în care locuiește în casa părintească sau a substitutului parental. Dacă da, de câte ori? _____
(Intervievator: Considerați ca simptom cazul în care copilul nu s-a întors acasă pentru o perioadă lungă.); _____
15. Chiulește adesea de la școală. Dacă da, la ce vârstă a început să facă acest lucru? _____ (ani).
(Intervievator: Considerați ca simptom cazul în care copilul a început să facă acest lucru înaintea vârstei de 13 ani.). _____

B. A manifestat copilul cel puțin trei dintre aceste comportamente în ultimele 12 luni?
(Treceți 1 dacă au fost prezente, 0 dacă nu au fost prezente și ? dacă nu se știe)

C. A manifestat copilul cel puțin unul dintre aceste comportamente în ultimele 6 luni?
(Treceți 1 dacă au fost prezente, 0 dacă nu au fost prezente și ? dacă nu se știe)

D. A apărut oricare dintre aceste comportamente mai devreme de vârsta de 10 ani?
(Treceți 1 dacă au fost prezente, 0 dacă nu au fost prezente și ? dacă nu se știe).

E. Au creat aceste comportamente probleme copilului dumneavoastră sau deteriorări, în oricare dintre următoarele arii de funcționare?

(Treceți 1 dacă au fost prezente, 0 dacă nu au fost prezente și ? dacă nu se știe)

Relații sociale cu ceilalți _____ Performanța școlară _____

F. Criterii de excludere:

(Intervievator: Treceți 1 dacă copilul are 18 ani sau mai mult și au fost îndeplinite criteriile pentru tulburarea de personalitate antisocială. Treceți 0 dacă nu, ? dacă nu se știe).

(cont.)

Cod de diagnostic

Condițiile pentru diagnostic:

- Însumează secțiunea A 3 sau mai multe puncte? _____
- Însumează secțiunea B 1 punct? _____
- Însumează secțiunea C 1 punct? _____
- Însumează secțiunea E 1 sau mai multe puncte? _____
- Însumează secțiunea F 0 puncte? _____

(Bifați aici dacă toate condițiile au fost îndeplinite).

- ☐ TC, tip cu debut în copilărie (312.81) (Debutul a cel puțin un criteriu caracteristic tulburării de conduită înainte de etatea de 10 ani)
- ☐ TC, tip cu debut în adolescență (312.82) (Absența oricărui criteriu caracteristic tulburării de conduită înainte de etatea de 10 ani)

Severitate: (Bifați nivelul de severitate corespunzător)

- ☐ Ușoară (Puține, dacă nu chiar niciun fel de probleme de conduită în exces în raport cu cele cerute pentru a pune diagnosticul, iar problemele de conduită cauzează numai un prejudiciu minor altora);
- ☐ Moderată (Numărul problemelor de conduită și efectul asupra altora, intermediar între „ușoară” și „severă”);
- ☐ Severă (Multe probleme de conduită în exces, în raport cu cele cerute pentru a pune diagnosticul ori problemele de conduită cauzează un prejudiciu considerabil altora);

Tulburarea de comportament disruptiv fără altă specificație

(Intervievator: Această categorie este destinată tulburărilor caracterizate prin conduită și comportament opoziționist sfidător care nu îndeplinesc criteriile TC sau TOP, dar care pot produce deteriorări semnificative clinic).

Tulburarea de comportament disruptiv, FAS (312.9)

Tulburările de deficit de atenție și de hiperactivitate

(Intervievator: Pentru diagnostic, sunt necesare șase simptome de deficit de atenție și/sau șase simptome de hiperactivitate-impulsivitate. De asemenea, simptomele trebuie să fie neadekvate pentru vârsta copilului; trebuie să fi durat cel puțin 6 luni și să fi provocat deteriorări înaintea vârstei de 7 ani; în prezent, trebuie să fi provocat deteriorări în două situații (acasă, la școală sau la serviciu); trebuie să aducă dovezi clare de deteriorare semnificativă clinic în funcționarea socială sau școlară).

Acum vor urma o serie de întrebări legate de alte comportamente ale copilului dumneavoastră, manifestate în ultimele 6 luni. Gândiți-vă dacă aceste comportamente au apărut și dacă au o intensitate neadekvată pentru vârsta copilului dumneavoastră, comparativ cu alți copii de aceeași vârstă.

A. Lista de Inatenție (Treceți 1 dacă au fost prezente, 0 dacă nu au fost prezente și ? dacă nu se știe) În ultimele 6 luni, a manifestat copilul dumneavoastră oricare dintre următoarele comportamente:

1. Adesea este incapabil de a da atenția cuvenită detaliilor ori face erori prin neglijență în efectuarea temelor școlare, la serviciu sau în alte activități; _____
2. Adesea are dificultăți în susținerea atenției asupra sarcinilor sau activităților de joc; _____

(cont.)

3. Adesea pare a nu asculta când i se vorbește direct; _____
 4. Adesea nu se conformează instrucțiunilor și este incapabil să-și termine temele pentru acasă, sarcinile casnice ori obligațiile de la locul de muncă (Intervievator: să se asigure că acest lucru nu se datorează comportamentului opoziționist sau incapacității de a înțelege instrucțiunile); _____
 5. Adesea are dificultăți în organizarea sarcinilor și a activităților; _____
 6. Adesea evită, are aversiune, nu este dispus să se angajeze în sarcini care necesită un efort mental susținut (cum ar fi efectuarea temelor în clasă sau acasă); _____
 7. Adesea pierde lucruri necesare pentru diverse sarcini sau activități (de exemplu, jucării, teme pentru acasă, creioane, cărți, instrumente); _____
 8. Adesea este ușor de distras de stimuli irelevanți; _____
 9. Adesea este uituc referitor la activitățile cotidiene. _____
- B. Lista de *Hiperactivitate și Impulsivitate* (Treceți 1 dacă au fost prezente, 0 dacă nu au fost prezente, și ? dacă nu se știe) În ultimele 6 luni, a manifestat copilul dumneavoastră oricare dintre următoarele comportamente:
1. Adesea se joacă cu mâinile sau cu picioarele sau se foiește pe loc; _____
 2. Adesea își părăsește locul în clasă sau în alte situații în care este de dorit să rămână așezat; _____
 3. Adesea aleargă în jur sau se cațără excesiv de mult, în situații în care acest lucru este inadecvat (Intervievator: la adolescenți sau la adulți poate fi limitat la sentimentul subiectiv de neliniște); _____
 4. Adesea are dificultăți în a se juca sau a se angaja în activități distractive în liniște; _____
 5. Adesea este „în continuă mișcare” sau acționează ca și cum „ar fi împins de un motor”; _____
 6. Adesea vorbește excesiv de mult; _____
 7. Adesea „trânțește” răspunsuri înainte ca întrebările să fi fost complet formulate; _____
 8. Adesea are dificultăți în a-și aștepta rândul; _____
 9. Adesea întrerupe sau deranjează pe alții (de exemplu, intervine în conversațiile sau jocurile altora). _____
- C. Au persistat aceste comportamente în ultimele 6 luni?
(Treceți 1 dacă au fost prezente, 0 dacă nu au fost prezente și ? dacă nu se știe)
- D. La ce vârstă au început aceste comportamente să îi provoace probleme copilului dvs.?
(Intervievator: debutul la 13 ani este acceptabil, deși DSM-IV stipulează vârsta de 7 ani).
_____ (ani).
- E. În ultimele 6 luni, aceste comportamente au provocat probleme pentru copil în oricare dintre următoarele situații? (Treceți 1 dacă au fost prezente, 0 dacă nu au fost prezente și ? dacă nu se știe)
Acasă _____ La școală _____ La grădiniță sau cu bona/persoana care are grijă de el _____ În activități într-o comunitate (club, sport, cercetași etc.) _____
- F. Au creat aceste comportamente probleme copilului dumneavoastră sau deteriorări în oricare dintre următoarele domenii de funcționare? (Treceți 1 dacă au fost prezente, 0 dacă nu au fost prezente și ? dacă nu se știe)
Relații sociale cu ceilalți _____ Performanța școlară _____

G. Criterii de excludere: (Intervievator: Treceți 1 dacă simptomele apar în cadrul Tulburării de dezvoltare pervazivă sau tulburarea psihotică sau nu sunt explicate mai bine prin alte tulburări mentale cum ar fi tulburările afective, de anxietate, disociative sau cele de personalitate. Treceți 0 dacă nu, ? dacă nu se știe).

Cod de diagnostic

Condițiile pentru diagnostic:

Însumează secțiunea A 6 sau mai multe puncte sau
secțiunea B 6 sau mai multe puncte? _____

Însumează secțiunea C 1 punct? _____

Însumează secțiunea E 2 sau mai multe puncte? _____

Însumează secțiunea F 1 sau mai multe puncte? _____

Însumează secțiunea G 0 puncte? _____

(Bifați aici dacă toate condițiile au fost îndeplinite).

- ☐ ADHD, Tip Combinat (314.01) (dacă criteriile de inatenție și hiperactivitate-impulsivitate de pe listă au fost îndeplinite)
- ☐ ADHD, Tip Predominant de Inatenție (314.00) (dacă criteriile de pe lista de inatenție sunt îndeplinite)
- ☐ ADHD, Tip Predominant de Hiperactivitate-Impulsivitate (314.01) (doar criteriile de pe lista hiperactivitate-impulsivitate sunt îndeplinite)
- ☐ ADHD, FAS (Fără altă specificație) (314.9) (pentru tulburările cu simptome notabile, dar care nu îndeplinesc/nu satisfac toate criteriile pentru oricare dintre sub-tipurile ADHD)

În cazul indivizilor (mai ales al adolescenților și al adulților) care prezintă în prezent simptome care nu satisfac toate criteriile, specificați „în remisiune parțială”:

TULBURĂRILE DE ANXIETATE ȘI AFECTIVE

În cele ce urmează vi se va prezenta o serie de întrebări legate de stările emoționale generale ale copilului dumneavoastră și de reacțiile sale emoționale la anumite situații specifice. Pentru început, vă rog să îmi spuneți dacă copilului dumneavoastră îi este frică de ceva specific. După care, vor fi întrebări legate de starea sa de dispoziție generală și de starea emoțională de-a lungul zilei. Dar vom începe cu posibilele frici specifice pe care le poate avea copilul dumneavoastră.

Fobie specifică

(Intervievator: Diagnosticul necesită îndeplinirea/satisfacerea tuturor criteriilor de la A la F.)

A. Prezintă copilul dumneavoastră o frică marcată și persistentă sau nejustificată ca răspuns la prezența sau la anticiparea unui obiect sau a unor situații specifice? De exemplu, prezența unor animale, înălțimi, întuneric, fulgere și trăsnete, primirea unei injecții, vederea sângelui sau orice alte lucruri sau situații? _____
(Treceți 1 dacă sunt prezente, 0 dacă sunt absente și ? dacă nu se știe).

(cont.)

(Intervievator: Dacă A este prezent, răspundeți la următoarea întrebare și treceți de la B la G; în caz contrar, treceți direct la următoarea întrebare. În cazul în care oricare dintre criteriile de la B la G nu este îndeplinit/satisfăcut, treceți direct la următoarea tulburare).

De ce anume se teme copilul dvs.?

- B. Provoacă expunerea copilului dumneavoastră la stimulul fobic aproape în mod constant un răspuns anxios (un anume lucru sau situație)?

(Treceți 1 dacă sunt prezente, 0 dacă sunt absente și ? dacă nu se știe).

(Intervievator: Acesta poate include atacul de panică în prezența obiectului ori a situației temute sau anxietatea poate fi exprimată prin plâns, accese coleroase, stupefacție sau agățare de ceva. De asemenea, copiii nu trebuie neapărat să își dea seama că frica lor este excesivă sau nejustificată pentru a fi diagnosticată).

- C. Încearcă copilul dumneavoastră să evite acest lucru sau această situație sau, în cazul în care este expus la acesta/aceasta, îl/o îndură cu anxietate sau distres intens?

(Treceți 1 dacă sunt prezente, 0 dacă sunt absente și ? dacă nu se știe).

- D. Evitarea, anticiparea anxioasă sau detresa în situația (situațiile) temută(e) interferează semnificativ cu una dintre următoarele?

(Treceți 1 dacă sunt prezente, 0 dacă sunt absente și ? dacă nu se știe).

(Intervievator: Este de ajuns dacă doar una dintre condițiile menționate mai sus este îndeplinită).

Rutina normală a copilului _____ Funcționarea școlară _____

Activitățile sociale _____ Relațiile sociale _____

- E. Îi provoacă această frică copilului dumneavoastră distres marcant?

- F. A avut copilul dumneavoastră aceste reacții de frică și anxietate la acest(e) lucru(ri)/situație(ii) pentru o perioadă de cel puțin 6 luni?

(Treceți 1 dacă sunt prezente, 0 dacă sunt absente și ? dacă nu se știe).

- G. Criterii de excludere: (Intervievator: Treceți 1 dacă această fobie sau anxietate este mai bine explicată prin altă tulburare mentală, cum ar fi tulburarea obsesiv-compulsivă, tulburarea de stres post-traumatic, anxietatea de separare, fobia socială, sau panica. Treceți 0 dacă nu, și ? dacă nu se știe).

Cod de diagnostic

Condițiile pentru diagnostic:

Însumează fiecare dintre secțiunile de la A până la F 1 sau mai multe puncte? _____

Însumează secțiunea G 0 puncte? _____

(Bifați aici dacă toate condițiile au fost îndeplinite).

☐ Fobia specifică (300.29)

Fobia socială

(Intervievator: Diagnosticarea necesită îndeplinirea fiecărui criteriu de la A la F, dar copilul trebuie să fi dezvoltat capacitatea/abilitatea de a forma relații sociale potrivite vârstei sale cu persoane familiare, iar anxietatea trebuie să apară în compania copiilor de aceeași vârstă și nu doar în cazul interacțiunii cu adulții).

În situații specifice.

- A. (Treceți 1 dacă sunt prezente, 0 dacă sunt absente și ? dacă nu se știe).
1. Prezintă copilul o frică marcată și persistentă, excesivă sau nejustificată ca răspuns la prezența sau anticiparea unei situații sau interacțiuni sociale în care copilul este expus unor oameni non-familiari sau unei posibile scrutări de către alții? _____
 2. Îi este copilului dvs. teamă că va acționa într-un mod care va fi umilitor sau jenant sau că va prezenta simptome anxioase considerate umilitoare sau jenante? _____
(Intervievator: În cazul în care ambele părți ale punctului A sunt prezente, răspundeți la următoarea întrebare, după care treceți la criteriul rămas; în caz contrar, treceți direct la următoarea tulburare. Dacă niciunul dintre următoarele criterii nu este îndeplinit/satisfăcut, treceți la următoarea tulburare).
 3. Care este situația specifică de care îi este teamă copilului dvs? _____
- B. Provoacă expunerea copilului dumneavoastră la situația socială temută aproape constant anxietate? _____
(Treceți 1 dacă sunt prezente, 0 dacă sunt absente și ? dacă nu se știe).
(Intervievator: Acesta poate include atacul de panică într-o situație socială sau anxietate exprimată prin plâns, accese coleroase, stupefacție sau agățare de ceva sau retragere din situațiile sociale cu persoane nefamiliare. De asemenea, copiii nu trebuie să își dea neapărat seama de faptul că teama lor este excesivă sau nejustificată pentru a putea fi diagnosticată).
- C. Încearcă copilul dumneavoastră să evite această situație sau, în cazul în care trebuie totuși expus, îndură situația cu anxietate și distress intens? _____
(Treceți 1 dacă sunt prezente, 0 dacă sunt absente și ? dacă nu se știe).
- D. Interferează semnificativ evitarea, anticiparea anxioasă sau detresa copilului dumneavoastră în situația (situațiile) socială sau de performanță temută cu oricare dintre următoarele? _____
(Treceți 1 dacă sunt prezente, 0 dacă sunt absente și ? dacă nu se știe).
(Intervievator: Este de ajuns dacă doar una dintre condițiile menționate mai sus este îndeplinită).
Rutina normală a copilului _____ Funcționarea academică _____
Activitățile sociale _____ Relațiile sociale _____
- E. Îi provoacă această teamă un distress marcant?
- F. A avut copilul dumneavoastră reacții anxioase, de teamă, în ultimele 6 luni?
(Treceți 1 dacă sunt prezente, 0 dacă sunt absente și ? dacă nu se știe).
- G. Criterii de excludere: (Intervievator: Treceți 1 dacă fobia sau anxietatea se datorează efectului direct al unor substanțe sau al unei condiții medicale generale sau nu poate fi explicată mai bine de altă tulburare mentală, cum ar fi panica, anxietatea de separare, tulburarea dismorfică corporală, tulburarea de dezvoltare pervasivă, sau tulburarea de personalitate schizoidă). În cazul în care este vorba de o altă condiție medicală sau o altă tulburare mentală, treceți 1 dacă teama din Criteriul A este relaționată cu aceasta. Treceți 0 dacă nu și ? dacă nu se știe). _____

Cod de diagnostic

Condițiile pentru diagnostic:

Însumează secțiunea A 2 puncte? _____

Însumează fiecare secțiune de la B până la F 1 sau mai multe puncte? _____

Însumează secțiunea G 0 puncte? _____

(Bifați aici dacă toate condițiile au fost îndeplinite).

☐ Fobia socială (300.23)

Specificați dacă starea este generalizată (teama apare în majoritatea situațiilor sociale): _____

Anxietatea de separare

(Intervievator: Diagnosticarea necesită ca cel puțin trei dintre simptome să fie prezente (vezi mai jos A), pentru cel puțin 4 săptămâni. Simptomele trebuie să se fi dezvoltat înaintea vârstei de 18 ani și trebuie să producă distress semnificativ clinic sau deterioarea funcționării sociale, academice sau în alte arii importante de funcționare și alte tulburări trebuie excluse după cum urmează).

A. Lista simptomelor tulburării anxietății de separare

Și acum să vorbim despre modul în care reacționează emoțional copilul dumneavoastră atunci când sunteți plecat sau trebuie să plecați undeva. Prezintă copilul dumneavoastră oricare dintre următoarele? (Treceți 1 dacă sunt prezente, 0 dacă sunt absente și ? dacă nu se știe).

1. Detresă excesivă recurentă când survine sau este anticipată separarea de casă sau de persoanele de atașament major _____
2. Teama excesivă și persistentă în legătură cu pierderea sau posibila vătămare care s-ar putea întâmpla persoanelor de atașament major _____
3. Teama excesivă și persistentă că un eveniment nefericit va duce la separarea de o persoană de atașament major (de exemplu, a fi pierdut ori a fi răpit) _____
4. Opoziție sau refuz persistent de a merge la școală sau în altă parte din cauza fricii de separare _____
5. Teamă sau opoziție excesivă și persistentă la a rămâne acasă, singur sau fără persoanele de atașament major ori, în alte situații, fără adulți importanți _____
6. Opoziție sau refuz persistent de a merge la culcare, fără să fie alături o persoană de atașament major, ori de a adormi departe de casă _____
7. Coșmaruri repetate implicând tema separării _____
8. Acuzarea repetată de simptome somatice (cum ar fi durerile de cap, durerile de stomac, greața sau voma), când survine sau este anticipată separarea de persoanele de atașament major. _____

(Intervievator: dacă au fost menționate trei sau mai multe simptome, treceți la următoarele criterii; în caz contrar, treceți direct la următoarea tulburare. În cazul în care niciunul dintre următoarele criterii nu este îndeplinit/satisfăcut, treceți la următoarea tulburare).

B. Au persistat aceste perturbări cel puțin 4 săptămâni? _____

(Treceți 1 dacă sunt prezente, 0 dacă sunt absente, și ? dacă nu se știe).

C. Ce vârstă a avut copilul în momentul în care aceste comportamente au început să creeze probleme copilului dumneavoastră ? _____ (ani).

(Intervievator: Simptomele trebuie să fi apărut înaintea vârstei de 18 ani).

D. Au creat aceste frici distres pentru copilul dvs. în oricare dintre următoarele domenii de funcționare?

(Treceți 1 dacă sunt prezente, 0 dacă sunt absente și ? dacă nu se știe).

Relații sociale cu ceilalți _____ Performanța școlară _____

Orice alt domeniu de funcționare _____

E. Criterii de excludere:

(Intervievator: Treceți 1 în cazul în care simptomele apar în cursul unei tulburări de dezvoltare pervasive, al schizofreniei sau al unei alte tulburări psihotice ori dacă nu este mai bine explicată de atacul de panică. Treceți 0 dacă nu, ? dacă nu se știe).

Cod de diagnostic

Condițiile pentru diagnostic:

Însumează secțiunea A 3 sau mai multe puncte? _____

Însumează secțiunea B 1 punct? _____

În secțiunea C apare vârsta de 17 ani sau mai puțin? _____

Însumează secțiunea D 1 sau mai multe puncte? _____

Însumează secțiunea E 0 puncte? _____

(Bifați aici dacă toate condițiile au fost îndeplinite).

☐ Anxietatea de separare (309.21)

Specificați debutul timpuriu (dacă a apărut înaintea vârstei de 6 ani): _____

Anxietatea generalizată

(Intervievator: Pentru diagnosticare este nevoie de îndeplinirea criteriilor A și B; cel puțin un simptom din criteriul C trebuie să fie prezent pentru cel puțin 6 luni, mai multe zile decât nu; simptomele trebuie să producă distres semnificativ clinic sau deteriorarea funcționării în arii importante; de asemenea, alte tulburări trebuie excluse, după cum urmează).

În cele ce urmează, vă voi întreba despre copilul dumneavoastră dacă tinde să fie în general anxios sau să se frământa foarte mult comparativ cu alți copii de vârsta lui.

A. (Treceți 1 dacă sunt prezente, 0 dacă sunt absente și ? dacă nu se știe).

1. Prezintă copilul dumneavoastră anxietate și îngrijorare (expectație aprehensivă) excesivă în legătură cu un număr de evenimente sau activități, cum ar fi activități de lucru, performanță școlară sau orice alte situații? _____

2. În ultimele 6 luni, această anxietate sau îngrijorare (expectație aprehensivă) a apărut mai multe zile decât nu? _____

(cont.)

(Interviewator: Dacă au fost menționate punctele de la A, treceți la următoarele criterii de la această tulburare; în caz contrar, treceți direct la următoarea tulburare. Dacă oricare dintre criteriile rămase nu este îndeplinit, treceți direct la următoarea tulburare).

B. Îi este dificil copilului dvs. să își controleze îngrijorarea?

C. Lista simptomelor de *Anxietate generalizată*:

A fost asociată anxietatea sau preocuparea copilului dumneavoastră cu oricare dintre următoarele comportamente pentru mai multe zile în ultimele 6 luni?

(Treceți 1 dacă sunt prezente, 0 dacă sunt absente și ? dacă nu se știe).

1. Neliniște sau sentimentul de a sta ca pe ghimpi; _____
2. A fi rapid fatigabil (obosește repede); _____
3. Dificultate de concentrare sau senzația de vid mintal; _____
4. Iritabilitate; _____
5. Tensiune musculară; _____
6. Perturbare de somn (dificultate de a adormi sau de a rămâne adormit ori somn neliniștit și nesatisfăcător). _____

D. Au creat aceste preocupări distres pentru copilul dumneavoastră sau deterioare în oricare dintre următoarele domenii de funcționare?

(Treceți 1 dacă sunt prezente, 0 dacă sunt absente și ? dacă nu se știe).

Relații sociale cu ceilalți _____ Performanța școlară _____

Orice alt domeniu de funcționare _____

E. Criterii de excludere:

(Interviewator: Treceți 1 dacă anxietatea sau preocuparea sunt confirmate ca fiind trăsăturile unei alte tulburări, cum ar fi preocuparea de a nu avea un atac de panică (atacul de panică), de a fi pus în dificultate în public (ca în fobia socială), a fi contaminat (ca în tulburarea obsesiv-compulsivă), a fi departe de casă sau de rudele apropiate (ca în anxietatea de separare), a avea multiple acuze somatice (ca în tulburarea de somatizare) sau a avea o maladie gravă (ca în hipocondrie), iar anxietatea și preocuparea nu survin exclusiv în cursul stresului posttraumatic. De asemenea, treceți 1 în cazul în care tulburarea se datorează efectului fiziologic direct al unei substanțe (de exemplu, abuz de substanțe, medicamente) sau al unei condiții medicale generale (de exemplu, hipertiroidism) sau apare exclusiv în timpul unei tulburări afective, al unei tulburări psihotice ori al unei tulburări de dezvoltare pervasivă. Treceți 0 dacă nu, și ? dacă nu se știe).

Cod de diagnostic

Condițiile pentru diagnostic:

- Însumează secțiunea A 2 puncte? _____
- Însumează secțiunea B 1 punct? _____
- Însumează secțiunea C 1 sau mai multe puncte? _____
- Însumează secțiunea D 1 sau mai multe puncte? _____
- Însumează secțiunea E 0 puncte? _____

(Bifați aici dacă toate condițiile au fost îndeplinite).

☐ *Anxietate generalizată (300.02)*

Tulburarea distimică

(Intervievator: Diagnosticul necesită existența dispoziției depresive pentru cea mai mare parte a zilei, mai multe zile decât nu, pentru cel puțin 1 an; trebuie să existe cel puțin 2 simptome din B; copilul nu trebuie să fi fost niciodată fără simptomele din A sau B pentru 2 luni consecutive pe parcursul unui an; toate criteriile de excludere sunt îndeplinite; simptomele produc distres semnificativ clinic sau deteriorare în domeniul social, academic sau în orice alt domeniu important de funcționare).

În cele ce urmează, aș dori să vorbesc despre dispoziția generală a copilului dumneavoastră.

- A. (Treceți 1 dacă sunt prezente, 0 dacă sunt absente și ? dacă nu se știe). Are copilul o dispoziție depresivă sau iritabilă în cea mai mare parte a zilei, fiind relatată de el/ea însuși sau observată de dumneavoastră?
A fost prezentă această dispoziție depresivă mai multe zile decât nu, în ultimele 12 luni?
(Intervievator: Dacă cele două întrebări de la A au fost menționate, treceți la următoarele criterii din tulburare; în caz contrar, treceți direct la următoarea tulburare. Dacă nu este îndeplinit/satisfăcut vreunul dintre criteriile rămase, treceți la următoarea tulburare).
- B. Prezintă copilul dumneavoastră oricare dintre următoarele dificultăți atunci când este depresiv: (Treceți 1 dacă sunt prezente, 0 dacă sunt absente și ? dacă nu se știe).
1. Apetit redus sau mâncat excesiv; _____
 2. Insomnie sau hipersomnie; _____
 3. Energie scăzută sau fatigabilitate; _____
 4. Stimă de sine scăzută; _____
 5. Capacitate de concentrare redusă sau dificultate de a lua decizii; _____
 6. Sentimente de disperare. _____
- C. În ultimele 12 luni sau mai mult, în care copilul dumneavoastră a avut dispoziție depresivă, a avut vreodată perioade în care să nu aibă această dispoziție depresivă sau alte dificultăți pe care le-ați menționat, pentru cel puțin 2 luni consecutive?
(Treceți 0 dacă copilul a prezentat o remisiune de 2 luni, 1 dacă nu a prezentat niciun fel de remisiune de simptome pentru cel puțin 2 luni și ? dacă nu se știe).
- D. A creat această dispoziție depresivă distres pentru copilul dumneavoastră sau orice alt fel de deteriorare în oricare dintre următoarele domenii? (Treceți 1 dacă sunt prezente, 0 dacă sunt absente și ? dacă nu se știe).
- Relații sociale cu ceilalți _____ Performanța școlară _____
- Orice alt domeniu de funcționare _____
- E. Criterii de excludere:
(Intervievator: Treceți 1 în cazul în care copilul îndeplinește criteriile de episod depresiv major în anul curent sau în cea mai mare parte a tulburării sale, ori în cazul în care tulburarea nu este mai bine explicată de tulburarea depresivă majoră. De asemenea, treceți 1 în cazul în care a avut loc un episod maniaco, un episod mixt sau unul hipomaniaco sau în cazul în care se aplică tulburarea ciclotimică. Treceți 1 în cazul în care tulburarea descrisă mai înainte apare exclusiv în cadrul schizofreniei psihotice cronice sau al tulburării delirante sau este rezultatul efectelor fiziologice directe ale unor substanțe ori ale unei condiții medicale generale. Treceți 0 dacă nu și ? dacă nu se știe).

Cod de diagnostic

Condițiile pentru diagnostic:

Însumează secțiunea A 2 puncte? _____

Însumează secțiunea B 1 punct? _____

Însumează secțiunea C 1 sau mai multe puncte? _____

Însumează secțiunea D 1 sau mai multe puncte? _____

Însumează secțiunea E 0 puncte? _____

(Bifați aici dacă toate condițiile au fost îndeplinite).

☐ Tulburare distimică (300.4)

Tulburarea depresivă majoră

(Intervievator: Diagnosticarea necesită prezența a cel puțin cinci sau mai multe simptome din A pentru o perioadă de cel puțin 2 săptămâni; presupune o schimbare față de funcționarea anterioară; cel puțin unul dintre simptome este reprezentat de dispoziția depresivă sau de pierderea/diminuarea interesului sau a plăcerii; simptomele creează distress sau deteriorare semnificativă a funcționării sociale, școlare sau în alte domenii importante de funcționare; toate criteriile de excludere sunt îndeplinite).

A. Lista simptomelor din episodul depresiv major

Să continuăm să discutăm despre dispoziția și adaptarea emoțională a copilului dvs. A dezvoltat copilul dumneavoastră, în ultimele 2 săptămâni, oricare dintre următoarele? (Treceți 1 dacă sunt prezente, 0 dacă sunt absente și ? dacă nu se știe).

1. Dispoziție depresivă în cea mai mare parte a zilei, aproape în fiecare zi, pentru cel puțin 2 săptămâni (relatat de copil sau pe baza observațiilor părinților sau ale altor persoane); _____
2. Diminuare marcată a interesului sau a plăcerii pentru toate sau aproape toate activitățile preferate, în cea mai mare parte a zilei, aproape în fiecare zi, timp de cel puțin 2 săptămâni (relatat de copil sau pe baza observațiilor părinților sau ale altor persoane); _____
(Intervievator: Dacă fie 1 sau 2 au fost menționate, treceți la următoarele criterii; în caz contrar, treceți direct la următoarea tulburare).
3. Pierdere semnificativă în greutate, deși nu ține dietă; _____
Luare semnificativă în greutate; _____
Scădere sau creștere a apetitului aproape în fiecare zi; _____
Incapacitatea de a atinge plusurile ponderale expectate; _____
4. Insomnie (probleme de adormire) sau hipersomnie (sommn excesiv de lung) aproape în fiecare zi; _____
5. Agitație sau lentoare psihomotorie aproape în fiecare zi; _____
(Trebuie susținută și de observațiile părinților sau ale altor persoane.) _____
Letargie, apatie, mișcări încete ori mișcare sau activități semnificativ reduse aproape în fiecare zi; _____
(Trebuie susținută și de observațiile părinților sau ale altor persoane.) _____
6. Fatigabilitate sau lipsă de energie aproape în fiecare zi; _____

(cont.)

7. Sentimente de inutilitate sau de culpă excesivă ori inadecvată aproape în fiecare zi (*Intervievator: Nu numai auto-reproș sau culpabilizare în legătură cu faptul de a fi suferind*); _____
8. Diminuarea capacității de a gândi sau de a se concentra ori indecizie aproape în fiecare zi;
(Raportate de copil sau pe baza observațiilor părinților) _____
9. Gânduri recurente de moarte; _____
Ideea de suicidare recurentă fără un plan anume;
Tentativă de suicid sau un plan anume pentru comiterea suicidului.
(*Intervievator: Dacă au fost menționate cinci sau mai multe dintre simptomele 1-9, continuăți. În caz contrar, treceți la următoarea tulburare*) _____

B. I-au creat aceste simptome de depresie copilului dumneavoastră distress sau deteriorare în funcționare în careva dintre următoarele domenii de funcționare?
(*Treceți 1 dacă sunt prezente, 0 dacă sunt absente și ? dacă nu se știe*).

Relații sociale cu ceilalți _____ Performanța școlară _____

Orice alt domeniu de funcționare _____

C. Criterii de excludere:

(*Intervievator: Treceți 1 dacă copilul îndeplinește criteriile de la Tulburarea Bipolară; în cazul în care simptomele se datorează efectului fiziologic direct al unor substanțe sau al unei condiții medicale generale; în cazul în care simptomele sunt mai bine explicate de doliul după pierderea unei ființe iubite sau de tulburarea schizoafectivă; în cazul în care simptomele se suprapun cu schizofrenia, tulburarea schizofreniformă, tulburarea delirantă sau tulburarea psihotică FAS; sau în cazul în care a existat un episod maniacal, un episod mixt sau unul hipomaniacal. Treceți 0 dacă nu și ? dacă nu se știe*).

Cod de diagnostic

Condițiile pentru diagnostic:

Însumează întrebările 1 și 2 din secțiunea A 1 sau mai multe puncte? _____

Însumează secțiunea A 5 sau mai multe puncte? _____

Însumează secțiunea B 1 sau mai multe puncte? _____

Însumează secțiunea C 0 puncte? _____

(Bifați aici dacă toate condițiile au fost îndeplinite).

☐ Episodul depresiv major (296.xx)
(Codul pentru un singur episod este 296.2x)

Tulburarea depresivă majoră fără altă specificație

(*Intervievator: Codați doar în cazul în care există depresie semnificativă clinic cu deteriorare, dar nu sunt îndeplinite toate criteriile pentru tulburarea depresivă majoră, tulburarea distimică, tulburarea de adaptare cu dispoziție depresivă sau tulburarea de adaptare cu dispoziție mixtă, depresivă sau anxioasă*).

☐ Tulburarea depresivă, FAS (311)

(cont.)

Tulburarea bipolară I: Episodul maniacal

(Intervievator: Pentru diagnosticare este nevoie de prezența unei perioade distincte de cel puțin 1 săptămână, în care copilul s-a comportat anormal sau persistent elevat, expansiv ori cu dispoziție iritabilă sau orice astfel de perioadă cu probleme de dispoziție care au dus la spitalizare; a îndeplinit cel puțin trei dintre simptomele de la B (sau patru, în cazul în care dispoziția era în primul rând iritabilă) într-o măsură semnificativă. De asemenea, simptomele trebuie să creeze deteriorări semnificative clinic în domeniile funcționării sociale, academice sau în orice alt domeniu de funcționare; de asemenea, trebuie îndeplinite și criteriile de excludere).

Vă voi mai pune câteva întrebări despre dispoziția și adaptarea emoțională a copilului dvs.

A. A experimentat vreodată copilul dumneavoastră o perioadă de cel puțin o săptămână în care: (Treceți 1 dacă sunt prezente, 0 dacă sunt absente și ? dacă nu se știe).

- Dispoziția sa a fost neobișnuit de exagerată sau persistentă; s-a simțit anormal de fericit, amețit, vesel sau exaltat, depășind limitele normale ale bucuriei? _____
- Sau dispoziția sa a fost anormal de expansivă și persistentă; prin urmare, copilul dumneavoastră s-a simțit capabil să facă orice ar fi decis să facă, simțind că are abilități aproape supraumane sau că abilitățile sale nu ar avea limite? _____
- Sau dispoziția sa a fost anormal de iritabilă și persistentă; adică, a fost deosebit/neobișnuit de sensibil, prea ușor de enervat sau avea izbucniri de furie, prea ușor de supărat de evenimente ori de persoane sau era anormal de capricios? _____

(Intervievator: Dacă oricare dintre dispozițiile de mai sus a fost menționată, treceți la B; în caz contrar, treceți la următoarea tulburare).

B. În cursul perioadei de o săptămână sau mai mult, în care copilul dumneavoastră a manifestat această dispoziție anormală și persistentă, ați observat dacă oricare dintre următoarele aspecte este persistent sau apare într-o măsură anormală sau semnificativă? (Treceți 1 dacă sunt prezente, 0 dacă sunt absente și ? dacă nu se știe).

1. Stimă de sine exagerată sau grandoare, depășind cu mult limitele abilităților sale; _____
2. Scăderea necesității de somn (de exemplu, se simte refăcut după doar trei ore de somn); _____
3. Mai locvace decât în mod uzual sau se simte presat să vorbească în continuu; _____
4. Fugă de idei sau experiența subiectivă că gândurile sunt accelerate; Spune că are impresia că gândurile sale sunt foarte accelerate sau că îi zboară gândurile anormal de rapid; _____
5. Distractibilitate (adică, atenția este atrasă prea ușor de stimuli externi fără importanță sau irelevant); _____
6. Creșterea activității orientate spre un scop, adică devine neobișnuit și persistent de productiv sau orientează mai multă activitate decât de obicei spre sarcinile pe care dorește să le îndeplinească; Pare foarte agitat, prea activ și anormal de neliniștit; _____
7. Implicarea în activități plăcute care au un înalt potențial de consecințe negative, nedorite sau dureroase. _____

(cont.)

(Intervievator: Dacă au fost menționate trei sau mai multe dintre simptomele de mai sus, continuați cu celelalte criterii; în caz contrar, treceți la următoarea tulburare.)

C. (Treceți 1 dacă sunt prezente, 0 dacă sunt absente, și ? dacă nu se știe).

1. A fost această tulburare a copilului dumneavoastră suficient de intensă ca să producă deteriorări severe, întrerupere sau dificultăți în relațiile sociale, în performanța academică sau în alte activități importante; _____
2. Sau dispoziția anormală a copilului dumneavoastră a dus la spitalizarea acestuia, ca să se împiedice vătămarea acestuia sau a altor persoane; _____
3. Sau copilul dumneavoastră a avut halucinații (explicați) sau idei bizare (gândire psihotică) ori s-a simțit sau s-a comportat paranoic (de parcă alții ar fi vrut să îi facă rău intenționat). _____

(Intervievator: Dacă este menționat unul sau mai multe criterii de la 1-3, continuați)

D. Criterii de excludere:

(Intervievator: treceți 1 dacă simptomele îndeplinesc criteriile pentru un episod maniaco-depresiv, mixt sau tulburare schizoafectivă, dacă sunt consecința directă a efectelor fiziologice ale unei substanțe sau ale unei condiții medicale generale sau dacă se suprapun cu schizofrenia, tulburarea delirantă schizofreniformă sau tulburarea psihotică FAS. Treceți 0 dacă nu și ? dacă nu se știe. De asemenea, în cazul în care copilul îndeplinește criteriile pentru ADHD, treceți 0 doar dacă copilul îndeplinește criteriile după excluderea distractibilității (5, mai sus) și a agitației psihomotorii (a doua parte de la 6, de mai sus).

Cod de diagnostic

Condițiile pentru diagnostic:

- Însurează secțiunea A 1 sau mai multe puncte? _____
- Însurează secțiunea B 3 sau mai multe puncte? _____
- Însurează secțiunea C 1 sau mai multe puncte? _____
- Însurează secțiunea D 0 puncte? _____

(Bifați aici dacă toate condițiile au fost îndeplinite).

☐ Tulburarea bipolară I: Episodul maniacoal (296.xx)

(Codul pentru un singur episod este 296.0x, dacă episoadele au fost multiple și cel mai recent a fost Maniacoal 296.4x, în cazul în care episoadele au fost multiple și cel mai recent a fost Hipomaniacoal 296.4x).

Tulburarea bipolară I: Episodul mixt

(Intervievator: Codați această tulburare în cazul în care au fost îndeplinite criteriile atât pentru episodul maniacoal, cât și pentru episodul depresiv major pentru aproape fiecare zi, pentru cel puțin o săptămână; tulburarea produce deteriorări semnificative clinic; și simptomele nu sunt rezultatul unei substanțe sau al unei condiții medicale generale).

☐ Tulburarea bipolară I: Episodul mixt (_____)

(Codați 296.6x dacă episodul cel mai recent a fost mixt; 296.5x dacă cel mai recent episod a fost depresiv; 296.7x dacă cel mai recent episod nu se poate specifica).

(cont.)

Alte tulburări mentale și de dezvoltare

(Treceți 1 dacă sunt prezente, 0 dacă sunt absente și ? dacă nu se știe).

1. Există lucruri de care copilul să fie obsedat sau ceva de la care să nu își poată lua gândurile? _____ (Dacă da, treceți în revistă criteriile de diagnostic pentru *Tulburarea obsesiv-compulsivă* din *DSM-IV*).
2. Are copilul comportamente neobișnuite pe care trebuie să le efectueze, de exemplu, în îmbrăcare, îmbăiere, în timpul meselor sau ritualuri de numărare? _____ (Dacă da, treceți în revistă criteriile de diagnostic pentru *Tulburarea obsesiv-compulsivă* din *DSM-IV*).
3. Prezintă copilul orice tip de ticuri nervoase sau comportamente repetitive, mișcări nervoase abrupte sau scoate sunete? _____ (Dacă da, treceți în revistă criteriile de diagnostic pentru *Ticuri* sau *Tulburarea Tourette* din *DSM-IV*).
4. A făcut copilul vreun comentariu sau s-a manifestat în vreun fel în care părea că vede, aude sau simte lucruri care nu există de fapt (halucinații)? _____ (Dacă da, treceți în revistă criteriile de diagnostic pentru *Tulburarea psihotică* din *DSM-IV*).
5. A relatat copilul vreodată idei bizare, foarte ciudate sau specifice care păreau foarte neobișnuite în comparație cu ideile altor copii (delir)? _____ (Dacă da, treceți în revistă criteriile de diagnostic pentru *Tulburarea psihotică* din *DSM-IV*).

METODE DE MANAGEMENT AL PĂRINȚILOR

Acum să trecem mai departe și să discutăm despre modul în care ați încercat să faceți față comportamentelor copilului, mai ales când acestea au reprezentat o problemă pentru dumneavoastră. Care sunt de obicei pașii pe care îi urmați în momentul în care copilul are comportamente disruptive sau nu se comportă adecvat și trebuie să faceți față situației?

În cazul în care aceste metode nu dau rezultate și problema persistă, care sunt metodele la care apelați de obicei pentru a face față comportamentelor inadecvate ale copilului?

(cont.)

EVALUAREA COPILULUI ȘI ISTORICUL INTERVENȚIEI

A fost copilul evaluat anterior pentru probleme de dezvoltare, comportamentale sau de învățare? (Încercuiți una). DA NU

Dacă da, cine a făcut evaluarea, ce tip de evaluare s-a folosit și ce vi s-a spus în legătură de rezultatele evaluării?

A beneficiat copilul dvs. de intervenție de natură psihologică sau psihiatrică? (Încercuiți una) DA NU

Dacă da, ce tip de tratament a primit și pentru ce durată de timp?

Cine i-a administrat tratamentul?

A primit vreodată copilul dumneavoastră orice fel de medicamente pentru problemele sale comportamentale sau emoționale (Încercuiți una) DA NU

Dacă da, ce tip de medicament a primit, în ce dozaj și pentru ce perioadă de timp?

ISTORIC ȘCOLAR

(Intervievator: Pentru fiecare clasă pe care a parcurs-o copilul, începând cu perioada preșcolară, întrebați părinții despre grădinița/școala pe care a frecventat-o copilul și dacă a avut orice tip de probleme comportamentale sau de învățare în anul respectiv; dacă da, treceți-le pe scurt în spațiul de mai jos.)

A primit vreodată copilul orice ajutor/serviciu de educație specială?
(Încercuiți una) DA NU

Dacă da, ce tip de servicii/ajutor a primit și în ce clasă?

PUNCTELE TARI ALE COPILULUI (din punct de vedere psihologic sau social)

Îmi dau seama că v-am pus deja foarte multe întrebări legate de problemele pe care le aveți cu copilul dumneavoastră. Dar este foarte important să aflu și despre punctele psihologice și sociale forte ale copilului dumneavoastră. Vă rog, deci, să îmi spuneți dacă are copilul dumneavoastră vreo abilitate sau face ceva în care este deosebit de bun. De exemplu, are vreun hobby sau practică vreun sport care îi place foarte mult și pe care îl face foarte bine, care sunt subiectele sale preferate la școală, în ce tipuri de activități sau jocuri se face remarcat? Cu alte cuvinte, vă rog să îmi spuneți care credeți că sunt punctele forte ale copilului dumneavoastră.

ISTORICUL FAMILIEI

(Intervievator: După trecerea în revistă a punctelor forte (psihologice și sociale) ale copilului, treceți în revistă împreună cu părintele istoricul de familie privind problemele psihiatrice și de învățare din cadrul familiei, utilizând următoarele trei formulare. Un formular vizează familia din partea mamei, al doilea familia din partea tatălui și al treilea vizează frații copilului evaluat. Informați părinții că, pentru a înțelege problemele comportamentale ale copilului, este foarte important să aflați despre posibilele probleme psihice, emoționale și de dezvoltare pe care rudele biologice ale copilului le pot de asemenea avea. Multe dintre tulburări pot să apară în familie și pot influența apariția problemei la copil. Începeți cu familia din partea mamei, treceți în revistă rudele acestora și bifați dacă acestea prezintă una dintre tulburările listate în coloana stângă a formularului. Dacă da, treceți un X în căsuța matricii care reprezintă membrul corespunzător al familiei. Faceți același lucru pentru familia din partea tatălui și pentru frații copilului).

Familia din partea mamei

	Frați					Total
	Dvs.	Mamă	Tată	Frate	Frate	
Probleme de agresivitate, devianță sau comportamente opoziționiste asemănătoare cu cele ale copilului						
Probleme de atenție, activitate și control al impulsului asemănătoare cu cele ale copilului						

(cont.)

Tulburări/probleme de învățare
Neabsolvirea liceului
Retard mental
Psihoză sau schizofrenie
Depresie care a durat mai mult de 2 săptămâni
Tulburare de anxietate care a produs deteriorări în adaptare
Ticuri sau Tulburarea Tourette
Abuz de alcool
Abuz de substanțe
Comportament antisocial (atacuri, furturi etc.)
Arestări
Abuz fizic
Abuz sexual

Familia din partea tatălui

	Frați							
	Dvs.	Mamă	Tată	Frate	Frate	Soră	Soră	Total
Probleme de agresivitate, devianță sau comportamente opoziționiste asemănătoare cu cele ale copilului								
Probleme de atenție, activitate și control al impulsului asemănătoare cu cele ale copilului								
Tulburări/probleme de învățare								
Neabsolvirea liceului								
Retard mental								
Psihoză sau schizofrenie								
Depresie care a durat mai mult de 2 săptămâni								
Tulburare de anxietate care a produs deteriorări în adaptare								
Ticuri sau Tulburarea Tourette								
Abuz de alcool								
Abuz de substanțe								
Comportament antisocial (atacuri, furturi etc.)								

(cont.)

Arestări

Abuz fizic

Abuz sexual

Frații

	Frați					Total
	Dvs.	Mamă	Tată	Frate	Soră	
Probleme de agresivitate, devianță sau comportamente opoziționiste asemănătoare cu cele ale copilului						
Probleme de atenție, activitate și control al impulsului asemănătoare cu cele ale copilului						
Tulburări/probleme de învățare						
Neabsolvirea liceului						
Retard mental						
Psihoză sau schizofrenie						
Depresie care a durat mai mult de 2 săptămâni						
Tulburare de anxietate care a produs deteriorări în adaptare						
Ticuri sau Tulburarea Tourette						
Abuz de alcool						
Abuz de substanțe						
Comportament antisocial (atacuri, furturi etc.)						
Arestări						
Abuz fizic						
Abuz sexual						

**SCALĂ DE EVALUARE A COMPORTAMENTULUI ADULȚILOR -
AUTO-EVALUAREA COMPORTAMENTULUI ACTUAL (FORMULARUL 10)**

Numele dvs. _____ Vârsta _____ Data evaluării _____

Instrucțiuni: Încercuiți numărul care descrie cel mai bine comportamentul dumneavoastră din ultimele 6 luni.

	Niciodată/ Foarte rar	Uneori	Adesea	Foarte des
1. Nu reușește să fie atent la detalii sau face greșeli de neatenție în rezolvarea unor sarcini.	0	1	2	3
2. Are dificultăți în menținerea atenției în sarcini sau activități de relaxare.	0	1	2	3
3. Pare să nu fie atent când i se vorbește direct.	0	1	2	3
4. Nu urmează instrucțiunile și nu reușește să termine sarcina.	0	1	2	3
5. Are dificultăți în organizarea sarcinilor sau a activităților.	0	1	2	3
6. Evită sarcini care necesită efort mental.	0	1	2	3
7. Pierde lucruri necesare sarcinilor și activităților.	0	1	2	3
8. Este ușor de distras.	0	1	2	3
9. Este uituc în activitățile zilnice.	0	1	2	3
10. Își frământă mâinile sau picioarele; nu-și găsește locul.	0	1	2	3
11. Își părăsește locul în situațiile în care ar trebui să rămână așezat.	0	1	2	3
12. Se mișcă excesiv de mult în situații în care nu se cuvine; hiperactiv.	0	1	2	3
13. Are probleme în angrenarea în activități de relaxare care se fac în liniște.	0	1	2	3
14. În continuă mișcare sau se comportă de parcă ar fi „condus de un motor”.	0	1	2	3
15. Vorbește excesiv de mult.	0	1	2	3
16. Dă răspunsuri înainte ca întrebarea să fie terminată.	0	1	2	3
17. Are probleme când trebuie să își aștepte rândul.	0	1	2	3
18. Îi întrerupe pe ceilalți.	0	1	2	3
19. Își pierde cumpătul.	0	1	2	3
20. Se ceartă cu ceilalți.	0	1	2	3
21. Sfidează sau refuză să se conformeze cerințelor sau regulilor.	0	1	2	3
22. Îi enervează intenționat pe ceilalți.	0	1	2	3
23. Îi învinovățește pe ceilalți pentru propriile greșeli sau comportamente inadecvate.	0	1	2	3
24. Este sensibil și se supără ușor.	0	1	2	3
25. Este mânios și ranchiunos.	0	1	2	3
26. Este pizmaș și răzbunător.	0	1	2	3

Din *Copilul dificil*. Copyright 1997 Guilford Press. Pentru uzul personal, cumpărătorul acestei cărți are dreptul de multiplicare a acestui formular.

**SCALĂ DE EVALUARE A COMPORTAMENTULUI ADULȚILOR -
AUTO-EVALUAREA COMPORTAMENTULUI DIN COPILĂRIE (FORMULARUL 11)**

Numele dvs. _____ Vârsta _____ Data evaluării _____

Instrucțiuni: Încercuiți numărul care descrie cel mai bine comportamentul dumneavoastră de copil de când aveți între 5-12 ani.

	Niciodată/ Foarte rar	Uneori	Adesea	Foarte des
1. Nu reușea să fie atent la detalii sau făcea greșeli de neatenție în rezolvarea unor sarcini sau a temelor de casă.	0	1	2	3
2. Avea dificultăți în menținerea atenției în sarcini sau activități de relaxare.	0	1	2	3
3. Părea să nu fie atent când i se vorbea direct.	0	1	2	3
4. Nu urma instrucțiunile și nu reușea să termine sarcina.	0	1	2	3
5. Avea dificultăți în organizarea sarcinilor sau a activităților.	0	1	2	3
6. Evita sarcini (de exemplu, sarcini de lucru, teme) care necesitau efort mental.	0	1	2	3
7. Pierdea lucruri necesare sarcinilor și activităților.	0	1	2	3
8. Era ușor de distras.	0	1	2	3
9. Era uituc în activitățile zilnice.	0	1	2	3
10. Își frământa mâinile sau picioarele; nu-și găsea locul.	0	1	2	3
11. Își părăsea locul în situațiile în care ar fi trebuit să rămână așezat.	0	1	2	3
12. Se mișca excesiv de mult în situații în care nu se cuvine; hiperactiv.	0	1	2	3
13. Avea probleme în angrenarea în activități de relaxare care se fac în liniște.	0	1	2	3
14. Era în continuă mișcare sau se comporta de parcă ar fi fost „condus de un motor”.	0	1	2	3
15. Vorbea excesiv de mult.	0	1	2	3
16. Dădea răspunsuri înainte ca întrebarea să fi fost terminată.	0	1	2	3
17. Avea probleme când trebuia să își aștepte rândul.	0	1	2	3
18. Îi întrerupea pe ceilalți.	0	1	2	3
19. Își pierdea cumpătul.	0	1	2	3
20. Se cearta cu ceilalți.	0	1	2	3
21. Sfida sau refuza să se conformeze cerințelor sau regulilor.	0	1	2	3
22. Îi enerva intenționat pe ceilalți.	0	1	2	3
23. Îi învinovăța pe ceilalți pentru propriile greșeli sau comportamente inadecvate.	0	1	2	3
24. Era sensibil și se supăra ușor.	0	1	2	3
25. Era mândros și ranchiunos.	0	1	2	3
26. Era pizmaș și răzbunător.	0	1	2	3

Din *Copilul dificil*. Copyright 1997 Guilford Press. Pentru uzul personal, cumpărătorul acestei cărți are dreptul de multiplicare a acestui formular.

PARTEA A IV-A

Fișe de lucru pentru părinți

Fișe de lucru pentru părinți pentru Etapa 1: Profilul de dezvoltare copilului de 1 an și 6 luni	225
Fișe de lucru pentru părinți pentru Etapa 2: Simț, percepție și gândirea de 1 an și 6 luni	226
Fișe de lucru pentru părinți pentru Etapa 3: Așezarea copilului în mediul social și dezvoltarea de 1 an și 6 luni	229
Fișe de lucru pentru părinți pentru Etapa 4: Simț, percepție și gândirea de 2 ani și 6 luni	232
Fișe de lucru pentru părinți pentru Etapa 5: Timpul de joc	233
Fișe de lucru pentru părinți pentru Etapa 6: Participarea la jocul independent	234
Fișe de lucru pentru părinți pentru Etapa 7: Sistemul de recompense cu primărie	236
Fișe de lucru pentru părinți pentru Etapa 8: Timpul de joc	238
Fișe de lucru pentru părinți pentru Etapa 9: Anticiparea și planificarea	242
Managementul comportamentului copilului în mediul social	243
Fișe de lucru pentru părinți pentru Etapa 10: Planificarea și anticiparea	246
Fișe de lucru pentru părinți pentru Etapa 11: Managementul comportamentului	250

FIȘA DE LUCRU PENTRU PĂRINȚI PENTRU ETAPA 1: PROFILURI ALE CARACTERISTICILOR COPILULUI ȘI ALE PĂRINȚILOR

Numele copilului _____ Vârsta _____
 Numele părintelui care completează formularul _____
 Etapa cu copilul _____ Data completării _____
 CARACTERISTICILE COPILULUI

Fișele de lucru din această parte a manualului se vor folosi împreună cu acest manual de training și cu instrucțiunile corespunzătoare, pe care le puteți găsi în Partea a II-a.

Cuprinsul Părții a III-a

Fișe de lucru pentru părinți pentru Etapa 1: Profiluri ale caracteristicilor copilului și ale părintelui	225
Fișe de lucru pentru părinți pentru Etapa 1: Scala de evaluare a problemelor de familie	226
Fișe de lucru pentru părinți pentru Etapa 2: Atenție la comportamentele de joacă pozitive ale copilului dumneavoastră	229
Fișe de lucru pentru părinți pentru Etapa 3: Atenție la complianța copilului dumneavoastră	232
Fișe de lucru pentru părinți pentru Etapa 3: Dați comenzi eficiente	233
Fișe de lucru pentru părinți pentru Etapa 3: Participarea la jocul independent	234
Fișe de lucru pentru părinți pentru Etapa 4: Sistemul de recompense cu jetoane și puncte de acasă	236
Fișe de lucru pentru părinți pentru Etapa 5: Time Out!	239
Fișe de lucru pentru părinți pentru Etapa 7: Anticiparea problemelor – Managementul comportamentului copilului în locuri publice	243
Fișe de lucru pentru părinți pentru Etapa 8: Folosirea unei fișe de evaluare zilnică a comportamentului școlar	246
Fișe de lucru pentru părinți pentru Etapa 9: Managementul problemelor comportamentale viitoare	253

**FIȘĂ DE LUCRU PENTRU PĂRINȚI PENTRU ETAPA 1:
PROFILURI ALE CARACTERISTICILOR CÔPILULUI ȘI ALE PĂRINTELUI**

Numele copilului _____ Vârsta _____

Numele părintelui care completează formularul _____

Relația cu copilul _____ Data completării _____

CARACTERISTICILE CÔPILULUI

Vă rugăm să scrieți orice caracteristică a copilului, care ar putea contribui la problemele lui comportamentale :

Probleme de sănătate: _____

Probleme fizice: _____

Întârzieri în dezvoltare: _____

Probleme legate de controlul impulsului: _____

Probleme la nivelul câmpului atențional: _____

Probleme cu nivelul de activitate: _____

Probleme de comportament social: _____

Probleme de somn sau alimentație: _____

Probleme legate de autonomia personală _____

Probleme emoționale, iritabilitate: _____

Alte probleme: _____

CARACTERISTICILE PĂRINTELUI

Vă rugăm să scrieți orice problemă proprie care considerați că ar putea contribui la dificultățile pe care le întâmpinați în managementul comportamentului copilului sau al copiilor dumneavoastră:

Probleme de sănătate: _____

Probleme fizice: _____

Probleme emoționale: _____

Probleme de gândire: _____

Probleme legate de: _____

Câmpul atențional? _____ Nivel de activitate? _____

Controlul impulsului? _____ Stări de dispoziție? _____

Alimentație? _____ Tulburări de somn? _____

Alte probleme: _____

**FIȘĂ DE LUCRU PENTRU PĂRINȚI PENTRU ETAPA 1:
SCALA DE EVALUARE A PROBLEMELOR DE FAMILIE**

Numele copilului _____ Data completării _____

Numele părintelui care completează formularul _____

Instrucțiuni: completați acest formular în cursul săptămânii viitoare. Așa cum vi s-a prezentat în cadrul programului, una dintre sursele posibile care poate contribui la problemele comportamentale ale copilului este stresul din familie. Această scală vă ajută să evaluați posibilele evenimente stresante care pot apărea în familia dumneavoastră. Considerăm că este important să faceți acest lucru și să vă gândiți la modalități prin care ați putea începe să le rezolvați (dacă este posibil).

În cele ce urmează, vă prezentăm o listă cu surse comune de stres în familie. În spațiul de sub fiecare sursă vă rugăm să scrieți orice posibilă problemă cu care vă puteți confrunta dumneavoastră sau familia dumneavoastră. În pasul următor, vă rugăm să treceți în coloana „Soluții propuse” orice modalitate prin care credeți că puteți reduce pe cât posibil aceste probleme. Vă rugăm să fiți cât se poate de sinceri – răspunsurile dumneavoastră vor rămâne confidențiale.

Posibile surse/domenii de probleme

Soluții propuse

1. Probleme de sănătate în familie:

2. Probleme de cuplu/maritale:

3. Probleme financiare

4. Probleme de comportament cu alți copii din familie

Din *Copilul dificil*. Copyright 1997 Guilford Press. Pentru uzul personal, cumpărătorul acestei cărți are dreptul de multiplicare a acestui formular.

5. Probleme profesionale/de angajare:

6. Probleme cu rudele/socrii:

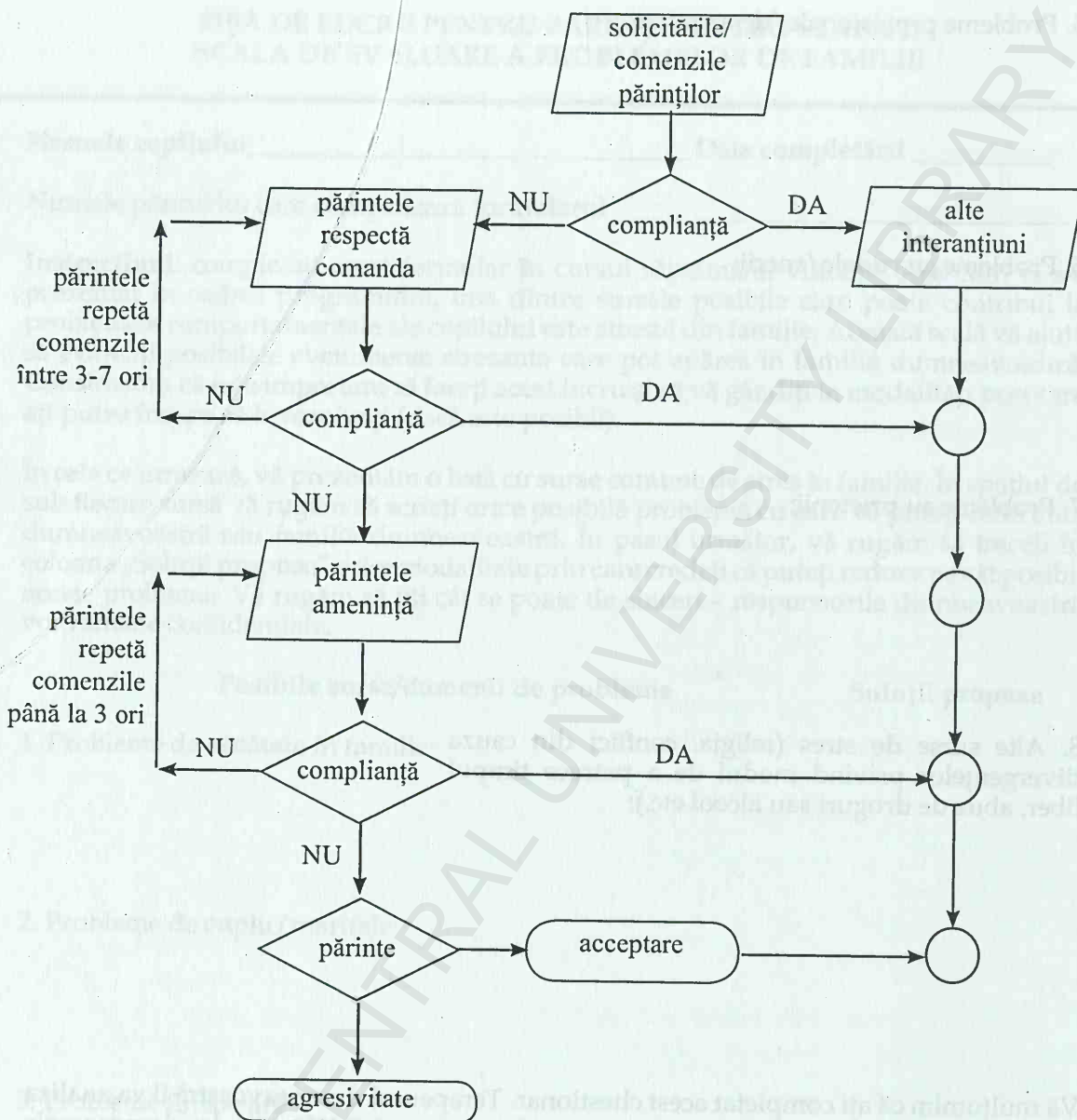
7. Probleme cu prietenii:

8. Alte surse de stres (religia, conflict din cauza divergențelor privind modul de a petrece timpul liber, abuz de droguri sau alcool etc.):

Vă mulțumim că ați completat acest chestionar. Terapeutul dumneavoastră îl va analiza și va decide dacă este cazul să vorbească cu dumneavoastră în particular despre unele surse ale stresului. Dacă ați dori ca terapeutul dumneavoastră să vă ajute cu vreuna dintre aceste probleme sau să vă recomande pe cineva care ar putea să vă fie de ajutor, vă rugăm să bifați prin DA sau NU și să scrieți numărul corespunzător sursei prezentate mai sus.

___ Da. Aș dori să primesc ajutor în următoarele domenii (scrieți numerele): _____

___ Nu. Nu doresc să primesc ajutor în aceste probleme.



Din *Copilul dificil*. Copyright 1997 Guilford Press. Pentru uzul personal, cumpărătorul acestei cărți are dreptul de multiplicare a acestui formular.

FIȘĂ DE LUCRU PENTRU PĂRINȚI PENTRU ETAPA 2: ATENȚIE LA COMPORTAMENTELE DE JOACĂ POZITIVE ALE COPILULUI DUMNEAVOASTRĂ

Această etapă a programului implică învățarea modului prin care puteți fi atenți la comportamentele dezirabile ale copilului dumneavoastră în timpul jocului. Pentru a vă însuși aceste abilități, în primul rând trebuie să exersați abilitatea „de a acorda atenție”. Mai târziu, vă vom arăta modul în care puteți folosi aceste abilități de „asistare” pentru a spori complianța copilului dumneavoastră prin comenzi și solicitări, precum și alte comportamente pozitive. Atenția pe care o manifestați pentru comportamentele de joacă ale copilului dumneavoastră implică următoarele aspecte:

1. Dacă copilul este mai mic de 9 ani, alegeți în fiecare zi o perioadă care să devină „momentul special de joacă” cu copilul. În cazul în care copilul este preșcolar, puteți aștepta până ce pleacă ceilalți copii la școală sau până după terminarea orelor ori a mesei de prânz, în cazul în care copilul este de vârstă școlară. Trebuie să vă alocați zilnic 20 de minute pentru a putea exersa această perioadă specială de joacă cu copilul. Dacă copilul are 9 ani, nu trebuie neapărat să alegeți o perioadă zilnică standard pentru „momentul special”. Mai degrabă, alegeți zilnic momentul potrivit atunci când se ivește, când copilul pare să se simtă bine în sarcina de joc în care este implicat. Încheiați activitatea cu care v-ați ocupat și începeți să vă jucați cu copilul, urmând instrucțiunile de mai jos.
2. Nu implicați alți copii în aceste momente speciale! Dacă aveți mai mulți copii, fie vă rugați soțul/soția să aibă grijă de ei în timp ce vă jucați cu copilul, fie vă alegeți o perioadă în care ceilalți copii să nu vă deranjeze în activitățile din „momentul special”.
3. Dacă ați stabilit un anumit moment pentru fiecare zi, atunci, înainte de începerea momentului, spuneți-i copilului „A venit timpul momentelor noastre speciale. Ce ai vrea să ne jucăm?” În limite rezonabile, copilul este cel care trebuie să aleagă activitatea și tipul jocului. Această perioadă nu trebuie să fie una în care să vă uitați la TV împreună. Orice altă activitate de joacă este potrivită. Dacă nu ați stabilit un moment standard, atunci abordați-l pur și simplu pe copil când acesta se joacă singur și întrebați-l dacă puteți să vă alăturați lui. În oricare dintre situații, părintele nu trebuie să preia controlul asupra jocului sau să direcționeze jocul – copilul este cel care trebuie să aleagă activitatea.
4. **Relaxați-vă!!!** Uitați-vă din când în când la ce face copilul, după care alăturați-vă lui atunci când vi se pare că a venit momentul potrivit. Nu încercați să alegeți momentul special atunci când sunteți supărat, foarte ocupat sau vreți să plecați în curând de acasă cu treburi sau în excursie/călătorie, deoarece veți fi preocupat de alte lucruri și calitatea pe care o alocați copilului va fi destul de slabă.
5. După ce l-ați observat pe copil jucându-se, începeți să descrieți cu voce tare ce face el. Acest lucru trebuie făcut pentru a-i dovedi copilului că este interesant felul în care el face activitatea. Ar trebui să sune cam așa cum sună transmisiunile meciurilor de fotbal. Comentariul ar trebui să fie palpitant și activ și nu o relatare plictisitoare spusă pe un ton monoton. Adică, din când în când, povestiți cu voce tare jocul copilului. Copiilor mici chiar le place asta. Și în cazul copiilor mai mari puteți comenta jocul, dar într-o modalitate diferită de aceea în care o faceți cu cei mici.

6. Nu puneți întrebări și nu dați comenzi!!! Acest aspect are o importanță critică. Trebuie pe cât se poate să evitați să îi puneți prea multe întrebări copilului, deoarece, de multe ori, întrebările sunt inutile și în mod cert deranjante pentru joaca lui. Este în regulă dacă îi puneți întrebări de clarificare referitoare la felul în care se joacă copilul, în cazul în care nu sunteți siguri de ceea ce face. În alte privințe, este mai bine să evitați întrebările. De asemenea, nu dați comenzi sau nu preluați comanda jocului și nu încercați să îl învățați ceva în timpul jocului. Acesta este „momentul special” al copilului dumneavoastră, în care se relaxează și se bucură de compania dumneavoastră, și nu o perioadă în care să îi predați ceva sau să preluați comanda în jocul lui.
7. Oferiți, ocazional, copilului cuvinte de laudă, exprimați-vă aprobarea sau dați-i un feedback pozitiv legat de aspectele care vă plac în jocul lui. Fiți preciși și onești, dar nu îl lăudați exagerat de mult. De exemplu, „Îmi place când ne jucăm așa, în liniște”, „Îmi place foarte mult momentul nostru special de joacă” sau „Vezi ce bine/frumos ai făcut” sunt comentarii pozitive potrivite. Dacă aveți nevoie de ajutor pentru formularea acestor comentarii, pe ultima pagină a acestor foi de lucru veți găsi o listă cu modalitățile cele mai bune de a vă exprima aprobarea față de jocul copilului.
8. Dacă copilul începe să devină neastâmpărat, pur și simplu întoarceți-vă și priviți în altă parte pentru câteva momente. Dacă neastâmpărarea continuă, spuneți-i copilului că momentul special de joacă a luat sfârșit și părăsiți camera. Spuneți-i că vă veți juca cu el mai târziu, atunci când se va putea comporta frumos. Dacă copilul devine deosebit de neastâmpărat sau abuziv în timpul jocului, disciplinați-l așa cum faceți de obicei. Terapeutul vă va explica în următoarele părți ale acestui program modalități eficiente de disciplinare.
9. Fiecare părinte trebuie să petreacă 20 de minute cu copilul în aceste momente speciale. În prima săptămână, încercați să urmați acest program în fiecare zi sau cel puțin de 5 ori pe săptămână. După prima săptămână, este recomandat să aveți aceste momente speciale de cel puțin 3 sau 4 ori pe săptămână. Ar fi bine să continuați cu aceste momente speciale pe termen nelimitat.

Acest program este ușor de citit, dar greu de urmat!!! Mulți părinți comit greșeli încă din primele momente speciale de joacă, de obicei prin faptul că dau prea multe comenzi, pun prea multe întrebări și nu oferă destul de multe comentarii pozitive. Să nu vă îngrijoreze aceste greșeli. Dar străduiți-vă data viitoare să vă îmbunătățiți abilitățile prin care îi dați de înțeles copilului că sunteți atenți și că participați la jocul lui. Odată ce v-ați îmbunătățit abilitățile de a acorda atenție copilului, s-ar putea să doriți să petreceți momente speciale de joacă și cu ceilalți copii din familie.

SUGESTII PENTRU OFERIREA DE FEEDBACK POZITIV ȘI APROBARE

Semne non-verbale prin care vă puteți exprima aprobarea

Îmbrățișați-l.

Mângâiați-l pe umăr sau pe cap.

Luăți-l în brațe.

Zâmbiți.

Pupați-l.

Faceți-i cu ochiul etc.

Aprobarea verbală

„Îmi place când tu”
„Este foarte drăguț când tu”
„Cu siguranță că ești un băiat/o fetiță mare deja pentru”
„Nemaipomenit/extraordinar, cum ai reușit să”
„Ai făcut o treabă bună!”
„Nemaipomenit!”
„Grozav!”
„Super!” „Superb!”
„Fantastic!”
„Măi, chiar că te comporti ca un adult când”
„Știi, acum șase luni nu puteai să faci asta așa de bine ca acum – într-adevăr, crești foarte repede.”
„Foarte frumos!”
„Uau!”
„Stai să îi spun mamei/tatei ce bine te descurci”
„Faci o treabă excelentă”.
„Ai făcut toată treaba asta de unul singur, așa da”.
„Doar pentru că te-ai comportat așa de bine, ne vom”
„Sunt foarte mândru/mândră când tu”
„Întotdeauna îmi face plăcere când noi doiastfel.”

Fiiți atenți

1. Fiiți întotdeauna cât se poate de prompti cu exprimarea aprobării. Nu stați pe gânduri!
2. Specificați întotdeauna aspectul care vă place.
3. Nu exprimați niciodată un compliment ironic de genul: „Era și timpul să faci curat în camera ta. Cum de nu ai reușit să faci treaba asta mai repede?!”

FIȘĂ DE LUCRU PENTRU PĂRINȚI PENTRU ETAPA 3: ATENȚIE LA COMPLIANȚA COPILULUI DUMNEAVOASTRĂ

De vreme ce în etapele anterioare ați învățat cum să îi acordați atenție copilului dumneavoastră în cadrul momentelor speciale de joacă, în această etapă puteți să vă folosiți de aceste abilități pentru a vă exprima aprobarea atunci când copilul îndeplinește o comandă sau o cerință. Când dați o comandă, când exprimați o cerință, dați-i copilului imediat un feed-back despre felul în care reacționează. Nu plecați pur și simplu, ci rămâneți să asistați la activitate și oferiți comentarii pozitive.

1. Imediat după ce ați dat comanda sau i-ați cerut copilului să facă ceva și acesta începe să se conformeze cerințelor, lăudați-l pentru complianță, recurgând la fraze de genul:
„Îmi place când faci ceea ce îți cer.”
„Îți mulțumesc că ai făcut ce te-a rugat mama/tata.”
„Uite ce bine (repede, curat, precis etc.) faci”
„Ce copil bun ești la ...”

Sau folosiți orice altă expresie prin care vă puteți exprima aprecierea față de faptul că face ceea ce l-ați rugat. De asemenea, vă puteți folosi și de unele dintre metodele oferite în foaia de lucru pentru etapa a 2-a, prin care vă puteți exprima aprecierea.

2. După ce ați fost atent la complianța copilului, puteți să plecați pentru câteva momente, în cazul în care este nevoie, cu condiția să vă întoarceți frecvent și să îl lăudați pentru complianță.
3. În cazul în care copilul a îndeplinit o sarcină fără să i se fi cerut, trebuie să îl lăudați în mod deosebit. Poate că ați putea să îi oferiți și niște privilegii pentru aceste lucruri, ceea ce îl va ajuta pe copil să țină minte și să urmeze regulile casei fără să trebuiască să i se repete tot timpul.
4. Ar fi bine dacă ați începe să folosiți acordarea de atenție pozitivă copilului în aproape toate situațiile în care dați comenzi. În plus, în această săptămână, ar trebui să alegeți două sau trei comenzi pe care copilul nu le îndeplinește consecvent. Trebuie să faceți un efort special pentru a-l lăuda și să fiți atent la el ori de câte ori începe să se conformeze acestei sarcini specifice.

STABILIREA PERIOADELOR DE TRAINING AL COMPLIANȚEI

Este foarte important ca în următoarele 1-2 săptămâni să alocați câteva minute pentru trainingul specific privind complianța copilului dumneavoastră. Puteți să faceți acest lucru foarte ușor, alegând o perioadă în care copilul nu este foarte ocupat și rugându-l să îndeplinească sarcini mai simple, cum ar fi: „Dă-mi, te rog, o batistă (o lingură, un prosop, un ziar etc.)” sau „Poți să-mi aduci.....?” Noi numim aceste comenzi „simple” și, ca atare, ele trebuie să implice doar un efort minim din partea copilului. Dați cinci sau șase asemenea comenzi una după alta, în decurs de câteva minute. După îndeplinirea fiecăreia, lăudați-l pentru complianță, de exemplu: „Îmi place când ești ascultător” sau „Ești foarte draguț/ă când faci ceea ce ți se cere” sau „Mulțumesc că ai făcut ce te-am rugat să faci”.

Încercați să aveți câteva asemenea perioade de training în fiecare zi. Deoarece cerințele sau comenzile sunt foarte simple, cei mai mulți copii (chiar și copiii cu probleme comportamentale) le vor îndeplini. Aceste situații oferă oportunități excelente în care îl puteți „prinde când este cuminte” și aveți astfel ocazia să îl lăudați pentru complianța lui.

Din *Copilul dificil*. Copyright 1997 Guilford Press. Pentru uzul personal, cumpărătorul acestei cărți are dreptul de multiplicare a acestui formular.

FIȘĂ DE LUCRU PENTRU PĂRINȚI PENTRU ETAPA 3: DAȚI COMENZI EFICIENTE

De-a lungul activității noastre, pe care am desfășurat-o cu mulți copii care aveau probleme comportamentale, am observat faptul că, dacă părinții modifică modul în care dau comenzile sau cerințele, ei pot obține deseori îmbunătățiri semnificative ale complianței copilului. În momentul în care vreți să îi dați o comandă sau o instrucțiune copilului dumneavoastră, asigurați-vă că țineți cont de următoarele:

1. Asigurați-vă că sunteți sincer! Adică, nu dați niciodată o comandă pe care nu doriți să o vedeți îndeplinită. Când exprimați o cerință, gândiți-vă la consecințele care pot să apară, atât pozitive, cât și negative, pentru a putea demonstra că ați vorbit serios.
2. Nu exprimați comanda sub forma unei întrebări sau a unei favori. Exprimați comanda în cuvinte simple, într-un mod direct, pe un ton de limbaj de afaceri.
3. Nu dați prea multe comenzi deodată. Majoritatea copiilor pot îndeplini una, maximum două sarcini deodată. Deocamdată, încercați să dați o singură comandă specifică. Dacă sarcina pe care vreți să o duca la bun sfârșit copilul dumneavoastră este foarte complicată, repetați-o în sarcini mai mici și dați-le pe rând.
4. Asigurați-vă de atenția copilului la ceea ce îi spuneți. Asigurați-vă că ați stabilit un contact vizual cu el. Dacă este necesar, întoarceți cu delicatețe fața copilului spre dumneavoastră și asigurați-vă că vă ascultă și că este atent când îi dați comanda.
5. Reduceți numărul distractorilor înainte să dați comanda. Aceasta este o greșală obișnuită pe care o fac părinții. Adesea, ei încearcă să dea comenzi când merge televizorul, casetofonul sau când copilul se joacă cu jocuri video. În aceste cazuri, părinții nu ar trebui să se aștepte la ascultare din partea copiilor, deoarece în încăperea respectivă se întâmplă lucruri mult mai interesante. Fie eliminați acești distractori (de exemplu, închideți televizorul), fie îi spuneți copilului să o facă el, înainte să dați comanda.
6. Rugați-l pe copil să repete comanda. Acest lucru nu trebuie făcut în cazul fiecărei comenzi, însă în cazul în care nu sunteți sigur că v-a auzit sau v-a înțeles, este bine să o faceți. De asemenea, în cazul copiilor care au un câmp atențional redus, repetarea comenzii va spori probabilitatea îndeplinirii acesteia.
7. Creați cartonașe cu sarcini. Dacă copilul dumneavoastră este destul de mare deja încât să aibă sarcini în casă, e util să creați câte un cartonaș cu fiecare sarcină în parte. Acesta poate fi un carton simplu de 3X5cm. Pe el treceți pașii pe care copilul trebuie să îi urmeze pentru îndeplinirea corectă a sarcinii. Atunci când doriți ca acesta să îndeplinească sarcina, pur și simplu dați-i cartonul cu sarcina specifică și spuneți-i că acolo este specificat ceea ce el trebuie să facă. Desigur, această metodă este doar pentru copiii care știu deja să citească. Cartonașul poate reduce în mare măsură numărul certurilor care apar atunci când copilul îndeplinește sau nu sarcina așa cum trebuie. Puteți scrie pe carton și timpul în care trebuie să îndeplinească sarcina și să puneți ceasul deșteptător să sune când s-a terminat perioada alocată; în felul acesta, copilul va ști exact când trebuie să termine sarcina.

Dacă urmați acești pași, veți observa o îmbunătățire în complianța copilului față de solicitările și comenzile dumneavoastră. Când acestea sunt folosite împreună cu alte metode pe care vi le va prezenta terapeutul dumneavoastră, se pot observa îmbunătățiri remarcabile atât în modul în care copilul ascultă de dumneavoastră, cât și în comportamentul lui.

FIȘĂ DE LUCRU PENTRU PĂRINȚI PENTRU ETAPA 3: PARTICIPAREA LA JOCUL ÎNDEPENDENT

Mulți dintre părinții copiilor cu comportamente problematice se plâng că nu pot să termine ce au de făcut, de exemplu, să vorbească la telefon, să gătească, să viziteze vreun vecin și așa mai departe, fără să fie întrerupți de copil. Pașii pe care îi prezentăm în cele ce urmează au fost concepuți în așa fel încât să vă ajute să îi învățați pe copiii dumneavoastră să se joace singuri, atunci când dumneavoastră sunteți ocupați cu alte activități. Este o procedură foarte simplă, care necesită din partea dumneavoastră atenție și apreciere pentru copilul care vă lasă să vă terminați activitatea fără să vă întrerupă. Mulți părinți sunt foarte atenți la copil când acesta îi întrerupe, fără să îi acorde însă atenție atunci când el se joacă singur și nu îi întrerupe. Prin urmare, nu este de mirare dacă încercă să îi întrerupă pe părinți. Ca să îi învățați pe copii să vă lase în pace atunci când sunteți ocupat, trebuie să țineți seama de următoarele:

1. Când urmează să vă apucați de o activitate, cum ar fi: să dați un telefon, să citiți, să gătiți și așa mai departe, dați-i copilului o comandă directă, care trebuie să includă două instrucțiuni. Una dintre ele se va referi la activitatea pe care copilul trebuie să o facă atunci când dumneavoastră sunteți ocupat, iar prin cealaltă îi spuneți în mod explicit să nu vă întrerupă sau să nu vă deranjeze. De exemplu, puteți spune: „Mama trebuie să dea un telefon, așa că te-aș ruga să rămâi în camera asta, să te uiți la televizor și să nu mă deranjezi”. Țineți minte, trebuie să îi dați copilului să facă ceva ce îi place și să îi spuneți că nu vreți să fiți deranjat din ceea ce faceți.
2. După ce vă începeți activitatea, opriți-vă un moment, duceți-vă la copil și lăudați-l pentru faptul că nu v-a deranjat și nu v-a întrerupt. Aduceți-i aminte să își continue activitatea fără să vă deranjeze. Întoarceți-vă la activitatea dumneavoastră.
3. Așteptați apoi alte câteva minute înainte să vă întoarceți din nou la copil și să îl lăudați pentru faptul că nu v-a deranjat. Întoarceți-vă din nou la activitatea dumneavoastră, așteptați puțin, după care reîntoarceți-vă la copil și lăudați-l.
4. Ceea ce încercați să obțineți în timp este reducerea frecvenței cu care lăudați copilul pentru faptul că nu vă deranjează, în timp ce încercați să prelungiți perioada pe care o petreceți făcând activitatea dumneavoastră. La început, va trebui să vă întrerupeți activitatea și ceea ce vreți să faceți destul de frecvent, să zicem în intervale de 30 de secunde până la 2 minute. După câteva astfel de ocazii, așteptați în jur de 3 minute până să îl lăudați pe copil. După aceea, așteptați 5 minute înainte să îl lăudați. De fiecare dată când vă întoarceți la activitatea dumneavoastră, petreceți progresiv o perioadă mai lungă de timp până să vă întoarceți la copil ca să-l lăudați.
5. În cazul în care copilul vi se pare că este pe cale să își întrerupă activitatea și că s-ar putea să vă deranjeze, întrerupeți-vă imediat activitatea, întoarceți-vă la copil, lăudați-l pentru faptul că nu v-a întrerupt și redirecționați-l spre sarcina pe care i-ați dat-o. Sarcina pe care i-o dați copilului nu ar trebui să se refere la treburi gospodărești, ci mai degrabă la activități interesante, cum ar fi: să coloreze o carte, să se joace cu o jucărie, să se uite la televizor, să decupeze poze și așa mai departe.

6. Scăzând treptat frecvența cu care lăudați copilul, veți reuși să petreceți din ce în ce mai mult timp cu activitatea dumneavoastră, fără să fiți întrerupt. De îndată ce ați terminat ceea ce ați avut de făcut, mergeți la copil și lăudați-l în mod special pentru că nu v-a deranjat. Din când în când, puteți să-i oferiți diferite recompense pentru că nu v-a întrerupt în timp ce vă realizați propria activitate.

În cele ce urmează, vă prezentăm câteva activități pe care părinții doresc să le realizeze de obicei fără să fie deranjați de copil. În același timp, acestea sunt exemple ideale de situații în care puteți exersa această metodă:

Pregătesc masa.

Vorbesc cu un adult.

Scriu o scrisoare.

Au de realizat o sarcină de serviciu.

Discuții la masă.

Vorbesc la telefon.

Citesc sau se uită la TV.

Merg în vizită la alte persoane.

Fac curățenie.

Realizează orice altă activitate.

Puteți să alegeți una sau două dintre activitățile de mai sus în care să aplicați această metodă în această săptămână. Dacă alegeți activitatea „Vorbesc la telefon”, trebuie să complotați cu cineva să vă sune (soțul/soția, o prietenă, o rudă etc.) o dată sau de două ori pe zi. Exersând această activitate, copilul va învăța să nu vă întrerupă atunci când primiți un telefon important.

FIȘĂ DE LUCRU PENTRU PĂRINȚI PENTRU ETAPA 4: SISTEMUL DE RECOMPENSE CU JETOANE ȘI PUNCTE DE ACASĂ

Atunci când încercați să stăpâniți un copil cu comportamente problematice, s-ar putea să observați că lauda nu este suficientă pentru motivarea copilului ca să își facă activitățile în casă, să urmeze regulile sau să se supună comenzilor. În consecință, este nevoie să stabiliți un program mai sever pentru motivarea lui. Un astfel de program folosit cu mare succes este SISTEMUL DE RECOMPENSE CU JETOANE ȘI PUNCTE (pentru copii de 8 ani sau mai mari). Terapeutul vă va explica în detaliu cum să construiți un asemenea program; în cele ce urmează vă vom prezenta pașii care trebuie urmați:

SISTEMUL DE RECOMPENSE CU JETOANE ȘI PUNCTE

1. Cumpărați un set de jetoane de plastic. Dacă copilul are 4 sau 5 ani, fiecare jeton, indiferent de culoarea pe care o are, reprezintă un punct. Pentru copiii între 6 și 8 ani, culorile pot reprezenta cantități diferite: alb = 1 jeton, albastru = 5 jetoane și roșu = 10 jetoane. Dacă vă folosiți de culori în acest mod, luați fiecare culoare în parte, lipiți-o de un carton, și scrieți valoarea pe care o reprezintă. Puneți cartonul într-un loc unde copilul îl va găsi cu ușurință.
2. Stați de vorbă cu copilul și explicați-i că aveți impresia că nu a fost răsplătit îndeajuns pentru faptul că a făcut lucruri bune prin casă și că vreți să schimbați situația. Îi spuneți că vreți să stabiliți un nou program de recompense prin care el să poată obține privilegii sau anumite lucruri pentru comportamentul potrivit. Această discuție o să-i dea o alură extrem de pozitivă întregului program.
3. Ar fi bine să faceți o „pușculiță” unde să își poată ține copilul jetoanele câștigate. O cutie de pantofi, o cutie de cafea (la care i-ați tăiat în prealabil marginile ca să nu taie), un borcan de plastic sau orice alt recipient care poate servi în loc de pușculiță. Amuzați-vă împreună cu copilul în timp ce decorați recipientul.
4. În această etapă, dumneavoastră împreună cu copilul ar trebui să stabiliți o listă cu privilegiile pe care copilul ar vrea să le câștige prin adunarea jetoanelor. Acestea ar trebui să includă nu doar privilegii ocazionale (să meargă la cinema, să se dea cu patinele/ rolele, să îi cumpărați jucării), ci și privilegii zilnice, pe care copilul de altfel le consideră de la sine înțelese (să se uite la televizor, să joace jocuri video, să aibă deja jocuri speciale, să se dea cu bicicleta, să se ducă la prieteni etc.). Terapeutul vă va explica care sunt tipurile de privilegii care pot fi trecute pe listă. Asigurați-vă că aveți cel puțin 10 (preferabil 15) astfel de recompense pe listă.
5. Alcătuiți o a doua listă care va conține activitățile și sarcinile de casă pe care îl rugați pe copil destul de des să le efectueze. Acestea pot fi activități tipice de lucru în casă (de exemplu, să așeze masa, să adune masa după ce a mâncat, să facă curat în camera lui, să își facă patul, să ducă gunoiul și așa mai departe). De asemenea, puneți pe listă și alte activități, cum ar fi: să se îmbrace pentru școală, să se pregătească pentru culcare, să facă baie și să se spele pe dinți sau orice altă activitate de igienă personală pe care i-o dați copilului și care reprezintă, de obicei, o problemă. Terapeutul vă poate ajuta în alegerea activităților care vor fi trecute pe această listă în funcție de vârsta copilului și de problemele speciale cu care vă confrunțați.

Din *Copilul dificil*. Copyright 1997 Guilford Press. Pentru uzul personal, cumpărătorul acestei cărți are dreptul de multiplicare a acestui formular.

6. În această etapă, luați fiecare activitate în parte și decideți ce valoare îi dați. În cazul copiilor de 4 și 5 ani, atribuiți fiecărei sarcini între 1 și 3 jetoane, chiar și 5 pentru activități mai complexe. În cazul copiilor între 6 și 8 ani, folosiți o paletă de 1 până la 10 jetoane și oferiți valori mai mari pentru activitățile într-adevăr complexe. Țineți minte, cu cât o activitate este mai complexă, cu atât recompensa în jetoane este mai mare/mai consistentă.
7. Încercați să estimați cam câte jetoane poate câștiga copilul dumneavoastră într-o zi obișnuită, dacă îndeplinește sarcinile pe care i le dați. Ținând minte acest număr, încercați să estimați cam câte jetoane va trebui să dea copilul contra fiecărei recompense pe care i-o dați. În general, noi suntem de părere că aproximativ două treimi dintre jetoanele câștigate zilnic de copil pot fi schimbate pentru aceste privilegii zilnice. Acest lucru îi permite copilului să economisească aproximativ o treime dintre jetoanele pe care le obține zilnic pentru a-și permite anumite recompense speciale de pe listă. Să nu vă îngrijoreze exactitatea numerelor pe care le utilizați. Pur și simplu estimați cam cu cât vreți să recompensați fiecare activitate, fiți corect și cereți mai multe jetoane pentru recompensele mai speciale și mai puține pentru activitățile zilnice.
8. Asigurați-vă că i-ați spus copilului că are ocazia să obțină jetoane „bonus” atunci când îndeplinește o sarcină într-o manieră plăcută, când este prompt etc. Veți oferi aceste bonusuri tot timpul, dar numai în situațiile în care copilul dumneavoastră a îndeplinit sarcina într-o manieră deosebit de plăcută și a fost foarte prompt.
9. Asigurați-vă că i-ați spus copilului că aceste jetoane vor fi date doar în cazurile în care îndeplinește sarcina la prima comandă. În cazul în care trebuie să repetați comanda, el nu va primi nimic (chiar dacă îndeplinește sarcina).
10. În sfârșit, încercați să recompensați prin jetoane orice comportament adecvat pe parcursul acestei săptămâni. Țineți minte, puteți să recompensați copilul și pentru comportamente adecvate care nu au fost trecute pe listă. Fiți atenți și folosiți-vă de oportunitățile care vă dau șansa să vă recompensați copilul.

De reținut: Această săptămână, nu cereți înapoi jetoanele pentru comportamente inadecvate!!! Faceți exact ce vă sugerează terapeutul, dar în această săptămână jetoanele sunt DOAR pentru recompense – deci nu le cereți înapoi ca formă de pedeapsă.

SISTEMUL PUNCTELOR

1. Luați un caiet și organizați-l ca pe un carnet de cecuri, cu cinci coloane, una pentru dată, una pentru „ocazie/situație”, depuneri, retrageri și balanța de conturi. Atunci când copilul este recompensat cu puncte, scrieți denumirea activității în coloana „ocazie/situație”, treceți numărul punctelor obținute în coloana „depuneri” și adăugați-l la balanța de conturi a copilului. În cazul în care copilul, pe punctele adunate, cumpără un privilegiu, treceți privilegiul respectiv în coloana „ocazie/situație”, iar suma în coloana „retrageri” și scădeți suma din cea de la „balanța de conturi”. Acest program funcționează similar sistemului cu jetoane, cu excepția faptului că punctele sunt trecute într-un caiet în loc de utilizarea jetoanelor.
2. Alcătuiți o listă cu recompense/privilegii și activități ca în cazul programului de recompense cu jetoane descris mai sus. Asigurați-vă că îi dați copilului aceleași explicații pentru a stabili sistemul de puncte. Din nou, terapeutul vă poate ajuta în alcătuirea acestor liste.

3. Atunci când ajungeți să stabiliți punctajul pentru fiecare activitate, folosiți valori mai mari decât în programul jetoanelor. De obicei, folosim un punctaj cuprins între 5 și 25 de puncte pentru majoritatea activităților zilnice obișnuite, până la 200 de puncte pentru activități mai complexe. De obicei, puteți plăti aproximativ 15 puncte pentru fiecare 15 minute de activitate mai complexă pe care o efectuează copilul.
4. Adunați valoarea punctelor pe care copilul le poate obține într-o zi obișnuită. Folosiți-vă de acest punctaj atunci când stabiliți valoarea pe care copilul trebuie să o plătească pentru fiecare privilegiu. Asigurați-vă că-i rămâne copilului aproximativ o treime din punctajul obținut zilnic pe care îl poate economisi pentru privilegiile speciale. Terapeutul vă poate ajuta în alocarea valorilor pentru fiecare recompensă.
5. Urmați aceleași idei de bază pentru stabilirea sistemului de puncte pentru această săptămână, ca și cel descris mai sus. Nu-i luați copilului puncte pentru comportamentul său inadecvat și oferiți-i puncte doar în cazul în care vă răspunde pozitiv (îndeplinește sarcina) la prima comandă. Doar părinții au dreptul să scrie în caiet.

DE REȚINUT

Revizuiți lista de recompense și activități aproape în fiecare lună și adăugați altele noi dacă credeți că este necesar. Sfătuiți-vă cu copilul asupra noilor recompense pe care el ar dori să le treacă pe listă.

Puteți să îl recompensați pe copil cu jetoane sau puncte pentru aproape orice formă de comportament adecvat. Acestea pot fi folosite împreună cu cele descrise în etapa a 3-a, ca să îl recompensați pe copil pentru faptul că nu v-a deranjat sau nu v-a întrerupt din activitate.

Nu-i dați copilului jetoane sau puncte înainte ca el să-și fi îndeplinit sarcina. Dați recompensele doar după ce le-a îndeplinit. Recompensați-l cât se poate de repede pentru complianță. Nu stați pe gânduri atunci când trebuie să dați recompense.

Pentru ca sistemul de jetoane sau de puncte să aibă eficiență maximă, el ar trebui să fie folosit de către ambii părinți.

Atunci când dați jetoane sau puncte pentru comportament potrivit, zâmbiți și spuneți-i copilului că vă place ceea ce a făcut.

FIȘĂ DE LUCRU PENTRU PĂRINȚI PENTRU ETAPA 5: TIME-OUT!

Aceasta este cea mai delicată parte a programului! Metoda time-out necesită abilități deosebite și atenție sporită în cazurile în care copiii nu reușesc să se conformeze comenzii sau sunt neastâmpărați. Nu dați niciodată comenzi la care nu aveți pregătite în prealabil consecințele, în cazul în care este nevoie de ele pentru îndeplinirea activității. Întotdeauna lăudați-l pe copil sau exprimați-vă aprobarea dacă se conformează la prima rugămintă. Încercați pe cât se poate să nu repetați comanda după ce i-ați spus-o deja copilului. Ca să puteți folosi adecvat această metodă cu copilul dumneavoastră, țineți cont de următoarele:

1. Întotdeauna dați prima comandă pe un ton plăcut, dar ferm. Nu strigați la copil, dar nici nu exprimați comanda sub forma unei favori pe care v-ar face-o copilul. Urmăriți sugestiile unei comenzi eficiente descrise în etapa a 3-a. Formulați-o într-un mod similar limbajului folosit în afaceri.
2. După ce ați dat comanda, numărați de la 5 până la 1 cu voce tare. După primele câteva săptămâni de numărat cu voce tare, vă rugăm să numărați la fel, dar în gând. Astfel, copilul nu se va obișnui să se bazeze pe numărare atunci când va încerca să se conformeze unei comenzi. Dar, deocamdată, este în regulă să numărați cu voce tare.
3. În cazul în care copilul nici măcar nu a schițat un gest că s-ar putea conforma comenzii în cele 5 secunde, încercați să stabiliți un contact vizual cu acesta, începeți să vorbiți un pic mai tare, adoptați o poziție fermă și spuneți: „Dacă nu faci ceea ce te-am rugat, atunci va trebui să șezi pe scaunul acesta!” (părintele arată cu degetul spre scaunul respectiv).
4. După ce ați dat avertismentul, începeți să numărați cu voce tare de la 5 la 1.
5. Dacă copilul nu a început să se conformeze comenzii în aceste 5 secunde, luați-l ferm de încheietura mâinii sau de braț și spuneți-i: „Nu ai făcut ceea ce ți-am spus, așa că treci pe scaun!”. Această propoziție trebuie spusă copilului cu voce tare pe un ton ferm și copilul va fi așezat pe scaun în „time out”. Copilul trebuie să se așeze pe scaun imediat, indiferent de promisiunile pe care le face. Dacă opune rezistență, puteți folosi într-o măsură redusă forța fizică. În acest caz, copilul nu va avea voie să se ducă la baie, să se ducă să bea ceva ori să stea la discuții sau la ceartă cu părintele. Copilul va fi trimis imediat pe scaunul de (time-out).
6. Așezați-l pe copil pe scaun și spuneți-i pe un ton sever: „Vei sta aici până când îți spun eu să te ridici!”. Puteți să îi spuneți că nu vă veți întoarce la scaun până când nu se va calma, dar să nu repetați asta prea des. O dată sau de două ori este suficient.
7. Nu intrați în discuții contradictorii cu el în timpul excluderii. Întoarceți-vă la activitatea cu care v-ați ocupat înainte, fiind atent în același timp la ceea ce face copilul cât timp este constrâns să stea pe scaun. După ce a petrecut suficient timp pe scaun (vezi perioada potrivită în cele ce urmează), întoarceți-vă la copil și spuneți-i: „Ești gata să faci ceea ce te-am rugat să faci?”. Dacă a făcut ceva ce nu poate fi remediat (a înjurat sau v-a lovit), va trebui să promită că nu va mai face acest lucru.

8. În acest moment, copilul ar trebui să îndeplinească sarcina primită înaintea excluderii. După ce își îndeplinește sarcina, părintele trebuie să îi spună pe un ton neutru: „Îmi place când faci ceea ce îți spun”.
9. Fiți atent la comportamentele potrivite ale copilului de după excludere și lăudați-l pentru ele. Prin acest lucru vă puteți asigura că, în cadrul programului, copilul primește la fel de multe recompense pe cât pedepse, care îi dovedesc că nu sunteți supărat pe el, ci pe comportamentul lui.

CÂT TIMP TREBUIE SĂ PETREACĂ COPILUL ÎN TIME-OUT?

Copilul dumneavoastră trebuie să rămână în perioada de time-out până când următoarele trei condiții vor fi îndeplinite:

1. Copilul trebuie să petreacă măcar o perioadă „minimă de detenție” atunci când este trimis în time-out. Pentru fiecare an din vârsta copilului, acestuia îi revin între 1-2 minute de time-out. Folosiți regula de 1 minut pentru comportamente ușor inadecvate și 2 minute pentru comportamente inadecvate severe.
2. După ce perioada minimă de detenție a luat sfârșit, așteptați până când copilul devine liniștit. Prima dată când copilul dumneavoastră este în time-out, perioada ar putea dura de la câteva minute până la câteva ore. Este recomandat să vă duceți la copil doar după ce au trecut cel puțin 30 de secunde de când s-a calmat în totalitate, chiar dacă asta înseamnă că el este pedepsit 1-2 ore pentru că se ceartă, are crize de furie, țipă, plânge zgomotos.
3. După ce copilul a stat liniștit cel puțin câteva minute, el va trebui să fie de acord să facă ceea ce i s-a cerut. Dacă era vorba despre o sarcină din casă, copilul trebuie să fie de acord să o ducă la bun sfârșit. Dacă copilul a făcut ceva iremediabil, a înjurat, de exemplu, sau a mințit și așa mai departe, va trebui să promită că în viitor nu va mai face acest lucru. Dacă copilul nu vrea să facă ceea ce i s-a spus (spune „NU!”), atunci spuneți-i că va trebui să stea pe scaun până îi spuneți dumneavoastră și va mai petrece o perioadă de detenție minimă, până ce se calmează și va fi de acord să facă ceea ce i s-a cerut. Copilul nu are voie să părăsească scaunul de pedeapsă până când nu este de acord să se supună comenzii inițiale.

CE TREBUIE FĂCUT ÎN CAZUL ÎN CARE COPILUL PĂRĂSEȘTE SCAUNUL FĂRĂ PERMISIUNE?

Mulți copii vor testa autoritatea părinților cu ocazia primei tehnici de (time-out). Copiii vor încerca să scape de scaun înainte de expirarea timpului de pedeapsă. Puteți discuta cu terapeutul dumneavoastră măsurile pe care le puteți lua în cazul în care copilul părăsește scaunul. Noi vă recomandăm următoarele :

1. Când copilul părăsește scaunul pentru prima dată, puneți-l înapoi pe scaun și spuneți-i pe un ton sever „Dacă te mai ridici o dată din scaun, te trimit în camera ta!”

(cont.)

2. Dacă copilul părăsește scaunul din nou, trimiteți-l în camera sa și spuneți-i să stea pe pat. Asigurați-vă că ați îndepărtat orice jucărie din camera copilului, înainte să puneți în aplicare acest procedeu, ca să nu mai existe niciun obiect care i-ar putea atrage atenția copilului și cu care ar putea începe să se joace.
3. Puteți să lăsați deschisă ușa copilului, dar dacă copilul încearcă să iasă din cameră, închideți ușa (dacă este nevoie cu cheia), ca să vă asigurați că timpul de pedeapsă a fost îndeplinit.

Dacă nu sunteți de acord cu această metodă, puteți discuta metode alternative cu terapeutul dumneavoastră.

CE POATE FI CONSIDERAT „PĂRĂSIREA SCAUNULUI”?

În general, părăsirea scaunului se consideră a fi momentul în care fundul copilului se dezlipește de scaun. Copilul are voie să se fâțâie pe scaun cu fundul lipit de acesta și nu este neapărat nevoie să stea cu fața la perete, dar în momentul în care fundul său se dezlipește de scaun, se va urma procedura descrisă mai sus. Legănarea sau răsturnarea scaunului sunt considerate acte de părăsire a scaunului, iar copilul trebuie avertizat în legătură cu aceste lucruri.

UNDE TREBUIE AȘEZAT SCAUNUL

Scaunul ales trebuie să aibă un spătar drept, de preferință un scaun de bucătărie sau sufragerie. Acesta trebuie pus într-un colț, la o distanță destul de mare de perete, astfel încât copilul să nu aibă posibilitatea de a da în perete. Trebuie înlăturate toate obiectele din jurul scaunului cu care copilul ar putea să se joace, iar scaunul trebuie poziționat în așa fel încât copilul să nu vadă televizorul. Majoritatea părinților pun scaunul într-un colț al bucătăriei, în antreul locuinței sau într-un colț al camerei de zi (neocupat de altcineva). Locația scaunului trebuie aleasă în așa fel încât părinții să îl poată observa pe copil în timp ce își văd de treabă. Nu puneți scaunul în baie sau în camera copilului. Uneori, i se poate spune copilului să stea pe o treaptă a unei scări (interioare locuinței), dar, de obicei, se preferă un scaun.

LA CE SĂ NE AȘTEPTĂM ÎN CURSUL ACESTEI SĂPTĂMÂNI

Dacă copilul dumneavoastră urmează pattern-ul tipic copiilor cu probleme de comportament, puteți să vă așteptați că se va enerva destul de tare când va fi trimis pentru prima dată în time-out. În cursul primei aplicări a metodei, copilul poate deveni foarte nervos și poate începe să strige sau să plângă, fiindcă i-au fost rănite sentimentele. În cazul multor copii, din cauza acestor accese de furie destul de lungi sau a crizelor de plâns, ei vor trebui să petreacă destul de mult timp în time-out, doar fiindcă nu au fost cuminiți. Din aceste motive, pot petrece între 30 de minute și 1 sau 2 ore în cadrul primei excluderi, înainte să ajungă să se calmeze sau să se conformeze cerințelor care le-au fost adresate. În următoarele sesiuni de time-out, veți observa cum copilul devine cuminte din ce în ce mai repede. La un moment dat, copilul va fi cuminte tot timpul sau aproape tot timpul în cadrul „pedepsei minime” și se va conforma destul de repede cerințelor care i-au fost adresate. Veți observa, de asemenea, că nu va mai fi nevoie să repetați cerințele ca să se conformeze. Simple avertismente legate de posibilitatea de a sta în time-out vor conduce la conformare din partea copilului, astfel încât frecvența perioadelor de time-out va începe să descrească. Cu toate acestea, rezultatele s-ar putea

(cont.)

să apară după câteva săptămâni. Încercați să țineți minte, în această primă săptămână de time-out că, de fapt, nu îi faceți niciun rău copilului dumneavoastră, ci că, din contra, îl ajutați să învețe cum să se poată controla, cum să respecte autoritatea părinților și cum să-și însușească/dezvolte abilitatea de a se conforma regulilor. S-ar putea ca această metodă să nu-i bucure prea tare pe copii, dar, pentru a învăța anumite reguli care trebuie urmate în cadrul familiei sau al societății, ei trebuie din când în când să treacă și prin momente neplăcute, mai puțin fericite.

REȚINEȚI

Copilul nu are voie să părăsească scaunul nici pentru baie, nici ca să își ia ceva de băut până nu face ceea ce i s-a cerut, până nu se conformează cerințelor. Dacă i se permite să meargă la baie sau să se ducă să bea apă, el se va folosi de aceste ocazii ca să scape de time-out. Dacă este pus pe scaunul de time-out în timpul mesei, copilul își va pierde porția de mâncare în timp ce stă pe scaun. Nu încercați să completați masa pierdută printr-o gustare. Factorii prin care această metodă devine eficientă constau tocmai în ceea ce pierde copilul în timpul pe care îl petrece pe scaun. Din acest motiv, nu trebuie depuse eforturi pentru a compensa pierderile pe care copilul le-a avut în timpul pedepsei. Veți putea discuta cu terapeutul dumneavoastră multitudinea de trucuri la care pot apela copiii în încercarea lor de a scăpa de pedeapsă. Nu uitați să îl întrebați pe terapeutul dumneavoastră cum să le faceți față acestora.

Dacă credeți că este posibil ca, atunci când încercați să folosiți metoda time-out, copilul să devină agresiv cu dumneavoastră, întrebați-l pe terapeut cum să faceți față acestei situații.

În cursul săptămânii viitoare, folosiți această metodă doar pentru una sau două tipuri de noncompliance. Astfel, veți evita să îl pedepsiți excesiv de mult pe copil la începutul programului. Terapeutul dumneavoastră vă va explica aceste restricții.

În cazul în care vă confrunțați cu vreo problemă în cadrul acestei proceduri, sunați-vă imediat terapeutul! Acesta vă va da numerele de telefon la care îl veți găsi în cursul acestei săptămâni, în cazul în care vă veți confrunța cu unele probleme.

În cazul în care doriți să folosiți această procedură pentru probleme comportamentale legate de culcare, așteptați o săptămână înainte să începeți. În acest răstimp, problemele legate de culcare s-ar putea ameliora, prin rezolvarea prealabilă a altor probleme.

Nu folosiți această procedură în afara casei, până când nu vă spune terapeutul că puteți recurge la ea.

FIȘĂ DE LUCRU PENTRU PĂRINȚI PENTRU ETAPA 7: ANTICIPAREA PROBLEMELOR - MANAGEMENTUL COMPORTAMENTULUI COPILULUI ÎN LOCURI PUBLICE

După ce a fost obișnuit să se conformeze comenzilor de acasă, copilului îi va fi mai ușor să învețe cum trebuie să se comporte în locuri publice, spre exemplu, în restaurante, în magazine sau în biserică. Cheia succesului în managementul comportamentului copiilor în locuri publice constă în stabilirea prealabilă a unui plan pe care să-l urmați și să vă asigurați că și copilul este conștient de acest plan. Sunt patru reguli pe care trebuie să le urmați înainte să intrați în locuri publice:

REGULA 1: STABILIREA REGULILOR ÎNAINTE SĂ INTRAȚI ÎN LOCURILE PUBLICE

Chiar înainte să intrați într-un loc public, cum ar fi un magazin, **OPRIȚI-VĂ!!!**. Îndepărtați-vă puțin de ușă, lăsați-i pe alții să intre în magazin și nu intrați până nu ați recapitulat regulile cele mai importante pentru conduita copilului dumneavoastră. De exemplu, în cazul unui magazin, regulile pentru un copil mic pot fi formulate astfel: „Stai aproape de mine, nu atinge nimic și să nu îmi ceri să îți cumpăr nimic”. În cazul unui copil mai mare, regula sună ceva de genul: „Stai aproape de mine, să nu îmi ceri nimic și să te porți așa cum îți spun eu”. Dați-i copilului trei sau patru reguli pe care trebuie să le urmeze. Acestea sunt reguli pe care copilul le încalcă de obicei în locul respectiv (magazin). După ce i-ați spus copilului care sunt regulile, acesta va trebui să le repete. Nu intrați înainte să spună și copilul aceste reguli. În cazul în care copilul refuză să vă spună regulile, avertizați-l că va fi trimis în mașină (de exemplu). Dacă continuă să refuze, întoarceți-vă la mașină și lăsați-l acolo în time-out, deoarece nu s-a conformat cerințelor dumneavoastră.

REGULA 2: STABILIȚI O RECOMPENSĂ PENTRU COMPLIANȚA COPILULUI

Înainte să intrați în respectivul loc public, spuneți-i copilului cu ce va fi recompensat, în cazul în care urmează regulile pe care le-ați menționat și pentru faptul că se comportă așa cum trebuie. În cazul copiilor care sunt angrenați în sistemul de recompense cu jetoane sau cu puncte, puteți apela la recompensele descrise în subcapitolul aferent. În cazul copiilor care sunt prea mici pentru acele sisteme, duceți cu dumneavoastră un pachet cu gustări (alune, stafide, covrigei etc.) pe care să le dați copilului, pentru comportamentele corespunzătoare de-a lungul ieșirii. În unele cazuri puteți să îi promiteți copilului că îi veți cumpăra ceva la sfârșitul ieșirii, dar faceți aceste promisiuni doar în cazuri rare și doar pentru comportamente excepțional de bune, în felul acesta, copilul nu va ajunge să se aștepte la astfel de „cadouri” ca fiind parte obișnuită a unei ieșiri de acasă. Unii părinți îi promit copilului privilegii speciale pe care le vor primi după ce au ajuns acasă. Și aceste abordări sunt potrivite, dar este de preferat să utilizați sistemele cu jetoane sau puncte, deoarece vă permit să îl recompensați pentru comportamentul adecvat imediat, încă din timpul ieșirii.

REGULA 3: STABILIȚI CARE SUNT PEDEPSELE PENTRU NONCOMPLIANȚĂ

Înainte să intrați în locul public, spuneți-i copilului care sunt pedepsele pe care le va primi în cazul în care nu respectă regulile sau nu se comportă adecvat. În cele mai multe cazuri, acest lucru va consta în pierderea unor puncte sau a unor jetoane pentru încălcarea minoră a unor reguli și apelarea la time-out pentru noncompliance sau comportament inadecvat moderat și major. Nu vă temeți să folosiți metoda time-

Din *Copilul dificil*. Copyright 1997 Guilford Press. Pentru uzul personal, cumpărătorul acestei cărți are dreptul de multiplicare a acestui formular.

out în locuri publice, deoarece este metoda cea mai eficientă prin care copilul învață să se supună regulilor specifice unor astfel de locuri. După ce i-ați explicat copilului în ce constă pedeapsa, puteți intra în locul public. Imediat după asta, puteți să faceți două lucruri: încercați să găsiți un loc potrivit pentru time-out, în cazul în care ați avea nevoie de așa ceva, și începeți să fiți atenți și să vă exprimați aprecierea față de comportamentele adecvate ale copilului.

În cazul în care folosiți metoda jetoanelor sau sistemul de puncte, ar trebui să-i dați periodic copilului recompensele, să nu așteptați cu oferirea acestora până ajungeți acasă. De asemenea, lăudați copilul frecvent și acordați-i atenție atunci când se conformează regulilor.

REGULA 4: GĂSIȚI-I COPILULUI O ACTIVITATE

Dacă aveți posibilitatea, încercați să găsiți o activitate pe care copilul dumneavoastră să o poată face singur, fără ajutor, în locul public unde doriți să mergeți, pentru a-l ține ocupat. Unul dintre motivele pentru care copiii sunt neastâmpărați în magazin este faptul că nu au nimic concret, constructiv de făcut. Astfel, au destul timp să se ocupe de treburi pe care nu ar avea voie să le facă sau să se gândească la prostii și să se și comporte așa, uneori doar ca să se amuze de unul singur de-a lungul ieșirii. Dacă vă duceți la cumpărături, dați-i sarcini prin care vă poate ajuta. Orice activitate pe care o puteți da este oricum mai bună decât să nu îi dați nimic, chiar și în cazul în care trebuie să născociți ceva care nu este chiar constructiv, dar care îl ține ocupat.

ÎN LOCURI PUBLICE

În momentul în care intrați în locul public, decideți unde îl veți trimite pe copil în cazul în care va fi nevoie de time-out. După aceea, începeți să îl recompensați periodic pentru faptul că este ascultător și că respectă regulile. Dacă începe să devină neastâmpărat, luați-i copilului **IMEDIAT** jetoanele /punctele primite sau trimiteți-l în time-out. Nu repetați comenzile sau avertismentele, deoarece ați discutat înainte să intrați în magazin despre ceea ce se va întâmpla dacă nu este cuminte, precum și despre consecințele care urmează în cazul în care nu va respecta regulile. În continuare, vă dăm câteva exemple de locuri unde puteți aplica metoda time-out:

Într-un MAGAZIN: luați-l pe copil într-un culoar care nu este aglomerat și puneți-l să stea cu fața spre un raft cât mai puțin interesant sau într-un colț; duceți copilul în raionul de paltoane sau cel de împachetat, unde puteți găsi un colț plictisitor; puteți să îl trimiteți și într-un colț al toaletei sau într-o cabină de probă; puteți să duceți copilul și în raionul cu produse pentru gravide (de obicei nu este foarte aglomerat, iar mamele sunt foarte înțeleghătoare).

Într-o ALIMENTARĂ: puneți copilul să stea cu fața spre raftul cu produse congelate; puteți să duceți copilul în colțul cel mai plictisitor al magazinului; căutați raftul cu felicitări și puneți-l să stea cu fața spre partea cea mai plictisitoare a raftului. Este destul de dificil să găsiți un loc potrivit pentru time-out într-o alimentară, așa că apelați la alternativele pe care le-am descris în cele de mai sus.

În BISERICĂ: duceți copilul în încăperea destinată sugarilor, dacă există, sau puteți folosi intrarea în biserică.

(cont.)

Într-un RESTAURANT: duceți copilul în încăperea toaletei sau apălați la alternativele descrise mai înainte.

În VIZITĂ: asigurați-vă că i-ați explicat în prealabil gazdei că folosiți o metodă nouă de management al comportamentului copilului și că aveți nevoie de un loc plictisitor sau de un colț unde copilul dumneavoastră poate să stea pe un scaun ori în picioare, în cazul în care începe să devină neastâmpărat. Rugați-i să vă arate încăperea respectivă. În cazul în care nu dispun de un asemenea loc, apălați la soluțiile descrise mai sus.

De-a lungul unei CĂLĂTORII LUNGI CU MAȘINA: recapitulați cu copilul regulile și stabiliți ce încurajări să folosiți înainte să urcați în mașină. Asigurați-vă că ați luat cu dumneavoastră jocuri cu care copilul să se poată juca de-a lungul călătoriei. Dacă trebuie neapărat să pedepsiți copilul, trageți pe dreapta, într-un loc unde vă este permis să parcați și puneți în aplicare metoda time-out pe bancheta din spate a mașinii ori pe podea sau pe o saltea în afara mașinii. Nu lăsați niciodată copilul singur, nesupravegheat în mașină sau în afara mașinii.

DACĂ NU PUTEȚI FOLOSI METODA TIME-OUT ÎN LOCURI PUBLICE

Există anumite locuri în care nu veți putea să vă trimiteți copilul în time-out pentru comportament inadecvat. În cele ce urmează, vă prezentăm câteva alternative, pe care le puteți folosi doar în cazul în care nu găsiți un loc potrivit pentru time-out:

1. Scoateți copilul afară din clădire și puneți-l să stea cu fața spre perete.
2. Duceți copilul înapoi la mașină și așezați-l pe bancheta din spate. Stați lângă copil sau pe bancheta din față.
3. Luați cu dumneavoastră un carnetel. Înainte să intrați în magazin, spuneți-i copilului că veți scrie în carnetel fiecare episod în care nu s-a comportat așa cum trebuie și, când veți ajunge acasă, va trebui să fie pedepsit pentru comportamentul său inadecvat. Ar fi bine să îi faceți o fotografie copilului în timpul excluderii executate acasă și să păstrați poza în carnetel. Arătați-i copilului poza înainte să intrați în clădire și spuneți-i că acesta este un lucru la care se poate aștepta în cazul în care va fi neastâmpărat.
4. Luați cu dumneavoastră o cariocă. În fața clădirii, spuneți-i copilului că, în cazul în care nu se va comporta așa cum trebuie, o să faceți un semn cu carioca pe mâna lui, iar pentru fiecare semn de pe mâna lui, va trebui să execute acasă pedeapsa.

Important de reținut: ori de câte ori ieșiți cu copilul, încercați să rezolvați problema comportamentului inadecvat cât mai repede posibil, astfel el nu va recurge la confruntări violente sau la accese de furie. De asemenea, încercați să lăudați copilul și să îi oferiți frecvent recompense în timpul ieșirii, întărind astfel comportamentele pozitive.

FIȘĂ DE LUCRU PENTRU PĂRINȚI PENTRU ETAPA 8: FOLOSIREA UNEI FIȘE DE EVALUARE ZILNICĂ A COMPORTAMENTULUI ȘCOLAR

O fișă zilnică de evaluare a comportamentului școlar implică educatorul să trimită acasă evaluarea comportamentului copilului dumneavoastră din ziua respectivă. Această fișă o puteți folosi pentru a da sau a lua înapoi recompense disponibile acasă. Aceste fișe s-au dovedit a fi foarte eficiente în modificarea unei palete largi de comportamente problematice ale copiilor din cadrul școlii. Datorită faptului că sunt foarte convenabile și că îi implică atât pe părinți, cât și pe educatori, această metodă este deseori folosită în cazul primei faze a intervenției, când copilul dumneavoastră are probleme comportamentale la școală. Raportul educatorului poate consta într-o notă sau într-un raport mai formal. Noi recomandăm folosirea unui raport formal, ca cel pe care îl veți putea găsi la sfârșitul acestei fișe de lucru. Fișa ar trebui să cuprindă, în coloana din stânga, lista comportamentelor „țintă”, cele care sunt vizate în cadrul acestui program. În partea de sus, ar trebui să fie coloane numerotate care să corespundă fiecărei perioade de curs de la școală. Educatorul dă o notă care să reflecte cât de potrivit este comportamentul copilului pentru fiecare perioadă. La sfârșitul acestei fișe de lucru, veți vedea câteva exemple în acest sens.

CUM FUNCȚIONEAZĂ FIȘA DE EVALUARE ZILNICĂ A COMPORTAMENTULUI ȘCOLAR

În acest sistem, rapoartele educatorilor sunt trimise acasă zilnic. Pe măsură ce comportamentul copilului devine din ce în ce mai bun, rapoartele zilnice pot fi reduse la două pe săptămână (miercuri și vineri), o dată pe săptămână sau chiar o dată pe lună, până când vor fi eliminate complet. Pot fi create și concepute, potrivit nevoilor copilului, un număr mare de rapoarte. Unele dintre comportamentele țintă ale programului includ atât comportamente sociale (dacă împarte jucăriile, dacă se joacă cu ceilalți copii, dacă respectă regulile), precum și performanțe școlare (dacă își face temele la matematică sau la citire). Această metodă s-a dovedit a fi foarte eficientă în cazul în care comportamentul țintă este performanța școlară slabă. Exemple de comportamente care pot deveni ținta acestei metode pot fi: terminarea temelor (sau a unei părți prestabilite din temă), dacă stă la locul lui, dacă ascultă de educator, dacă se joacă într-un mod cooperant cu ceilalți. Comportamentele țintă ale acestei metode pot fi și comportamentele negative (de exemplu, agresivitatea, comportamentul distructiv etc). În afară de monitorizarea performanței în clasă, și efectuarea temelor de casă poate deveni ținta acestui program. Uneori, copiii uită care sunt temele de acasă, uneori își fac temele, dar le uită acasă. Toate aceste domenii pot deveni ținta programului de monitorizare zilnică a comportamentului.

Vă recomandăm ca numărul comportamentelor țintă să nu depășească patru sau cinci. Pentru a maximiza șansele de succes ale copilului, începeți să vă concentrați la început pe modificarea câtorva dintre acestea. Când aceste comportamente s-au modificat satisfăcător, puteți să mai adăugați câteva comportamente - țintă pe care doriți să le modificați. Vă recomandăm să includeți cel puțin una sau două comportamente pozitive cu care copilul se descurcă bine, ca să îi dați șansa să câștige câteva recompense/puncte la începutul programului.

În mod obișnuit, copiii sunt monitorizați pe parcursul orelor petrecute în clasă. Dacă doriți să modificați cu succes comportamentele problematice care apar cu o frecvență mare, poate că ar fi mai indicat să cereți rapoarte pe anumite perioade din

Din *Copilul dificil*. Copyright 1997 Guilford Press. Pentru uzul personal, cumpărătorul acestei cărți are dreptul de multiplicare a acestui formular.

timpul orelor, de exemplu monitorizarea la unele materii. Pe măsură ce comportamentul copilului se îmbunătățește, această metodă poate fi treptat folosită și în alte perioade sau la alte materii, până se ajunge în etapa în care copilul este monitorizat de-a lungul zilei. În cazul în care copilul are ore diferite cu educatori diferiți, programul poate să vizeze materiile unui anumit educator sau ale mai multora, în funcție de nevoi. În cazul în care la program participă mai mulți educatori, este de ajuns un singur raport care să includă spații pentru fiecare dintre aceștia. Pe de altă parte, se pot folosi și mai multe fișe pentru fiecare oră în parte, care vor fi adunate și organizate într-un caiet ce va fi predat profesorilor în fiecare oră. Menționăm din nou că exemplul prezentat la sfârșitul acestei fișe vă poate fi de folos, deoarece are coloane în care se poate scrie despre copil, la sfârșitul fiecărei ore.

Succesul programului depinde de metoda clară și consistentă de decodare în consecințe aplicabile acasă a rapoartelor educatorului. Unul dintre avantajele fișelor de evaluare zilnică a comportamentului școlar constă în varietatea mare a consecințelor care pot fi folosite. De câte ori copilul se comportă bine la școală (potrivit raportului), acordați-i acasă cel puțin câteva laude sau acordați-i atenție pozitivă. În cazul unor copii, este totuși nevoie de recompense reale sau programe speciale. De exemplu, o notă bună de la școală se poate transforma în permisiunea de a se uita la televizor, într-o gustare specială sau în permisiunea de a se duce mai târziu la culcare. Se poate folosi și un sistem de puncte prin care copilul poate câștiga puncte pentru comportamentul său adecvat și poate pierde puncte pentru un comportament inadecvat. Atât recompensele zilnice (de exemplu, timp petrecut cu părinții, un desert special, timp mai lung petrecut în fața televizorului), cât și cele săptămânale (de exemplu, permisiunea de a se duce la cinema, o cină la restaurant sau plimbări speciale) pot fi, de asemenea, incluse în program.

AVANTAJELE FIȘEI DE EVALUARE ZILNICĂ A UNUI COMPORTAMENT

În general, fișele de evaluare zilnică a comportamentului pot fi la fel sau chiar mai eficiente decât programele de management al comportamentului în clasă, eficiența lor crescând și mai mult dacă sunt combinate cu programele de management comportamental. Rapoartele zilnice sunt deosebit de potrivite copiilor, deoarece astfel ei pot beneficia cel mai mult de pe urma unui feedback primit mai frecvent decât cel pe care îl primesc de obicei la școală. Aceste programe, de asemenea, le oferă părinților un feedback obiectiv despre ceea ce se întâmplă de obicei la școală. După cum știți, majoritatea copiilor, când sunt întrebați cum a fost la școală, vă răspund într-un cuvânt „Bine!”, ceea ce s-ar putea să nu fie situația exactă. Utilizarea acestor fișe le reamintesc părinților când să recompenseze comportamentul copilului și îi avertizează despre transformarea unor comportamente adecvate în comportamente problematice, care vor necesita training intens. În plus, tipul și calitatea recompenselor disponibile acasă sunt de obicei mai vaste decât cele disponibile în clasă, factor care devine critic în cazul copiilor care au nevoie de recompense mai consistente.

Pe lângă aceste beneficii, fișele de evaluare zilnică a comportamentelor școlare necesită mai puțin timp și efort din partea educatorului copilului decât ar necesita programele speciale bazate pe activitatea din cadrul orelor. În consecință, educatorii care nu au reușit să inițieze un program de management al clasei ar putea fi mai cooperanți în participarea la un program de monitorizare și evaluare zilnică a comportamentului, inițiat de părinți.

În ciuda succesului impresionant pe care l-a avut acest program, eficiența lui depinde de acuratețea cu care evaluează educatorul comportamentul copilului, precum și de corectitudinea și consecvența consecințelor utilizate acasă. În unele cazuri, copiii pot încerca să scurtcircuiteze întregul sistem prin faptul că nu duc acasă rapoartele sau

falsifică semnătura educătorului ori pur și simplu „uită” să ceară această semnătură. Pentru descurajarea acestor practici, notele sau semnăturile lipsă ar trebui tratate ca rapoarte „proaste” (altfel spus, copilul nu mai primește puncte sau este penalizat prin pierderea privilegiilor sau a punctelor). În cazul în care într-o zi copilul nu aduce acasă raportul, el poate fi pedepsit pentru ziua respectivă (de exemplu, nu primește privilegiile).

CÂTEVA EXEMPLE DE FIȘĂ DE EVALUARE ZILNICĂ A COMPORTAMENTULUI ȘCOLAR

În cele ce urmează, se vor discuta câteva tipuri de fișe de evaluare zilnică a unui comportament școlar care se bazează pe evaluările comportamentului școlar zilnic. Oferim două exemple concrete de asemenea fișe, pe care le veți găsi la sfârșitul acestei părți. Acestea sunt niște fișe pe care le recomandăm majorității părinților care doresc să înceapă cât mai repede o intervenție de acest fel. Una dintre fișe este pentru comportamentul în cadrul orelor de clasă, iar cealaltă fișă pentru comportamentul din pauzele dintre ore. Folosiți fișa care se potrivește evaluării problemelor pe care le are copilul în școală. Vă oferim două seturi din fiecare fișă, astfel încât să puteți face copii xerox de pe pagina în cauză, după care puteți tăia pagina în două ca să dublați numărul.

Fiecare fișă are 5 arii pentru potențiale comportamente problematice pe care le pot experienția copiii. Fișa oferită pentru evaluarea comportamentului în clasă are coloane pentru maximum șapte educatori diferiți, care pot evalua copilul în aceste 5 arii de comportament, sau pentru un singur educador, care poate evalua copilul de mai multe ori pe parcursul aceleiași zile. Cu cât evaluările sunt mai frecvente, cu atât feedback-ul primit de copil este mai eficient și cu atât este mai eficient programul pentru dumneavoastră. După ce a evaluat performanța copilului, educatorul își scrie inițialele în partea de jos a coloanei ca să se asigure că fișa nu va fi falsificată. Dacă problema copilului constă în faptul că nu reușește să noteze corect tema de casă, educatorul, înainte să îi facă evaluarea, îi poate cere copilului să copieze tema de casă pentru ora respectivă pe dosul fișei. În acest fel, educatorul îl poate verifica pe copil dacă a copiat corect tema pe spatele fișei, după care completează evaluarea pe partea din față a acesteia. În cazul unor evaluări deosebit de negative, îi încurajăm pe educatori să ofere o scurtă descriere sau explicație a cauzelor care au determinat evaluarea negativă. În evaluarea copiilor, educatorii folosesc un sistem de 5 puncte (1 = excelent, 2 = bun, 3 = mediu, 4 = slab/prost, 5 = foarte prost/slab).

În fiecare zi, copilul duce la școală o fișă nouă. Acestea pot fi ținute la școală și în fiecare dimineață i se dă copilului o fișă nouă. După ce se întoarce copilul acasă, verificați imediat fișa și prima dată discutați notele/aspectele pozitive, după care treceți la o discuție neutră, în stilul limbajului de afaceri (nicidecum nervoasă!) despre notele/aspectele negative și despre motivele care stau în spatele acestora. În continuare, copilul trebuie îndemnat să facă un plan prin care poate evita ca, în ziua următoare, să primească puncte/note rele. Înainte să plece la școală, puteți să îi reamintiți copilului de planul prin care poate evita notele rele. După ce copilul concepe planul, ar trebui să îl recompensați cu puncte pentru fiecare evaluare pozitivă de pe fișă și să îi retrageți puncte pentru fiecare notă negativă. De exemplu, un copil mic, de școală primară poate primi cinci jetoane pentru 1, trei pentru 2 și un jeton pentru 3 puncte de pe fișă și să fie penalizat cu trei jetoane pentru 4 sau cu cinci jetoane pentru un 5 de pe fișă. În cazul copiilor mai mari, punctele pot fi de genul 25, 15, 5, -15 și -25, pentru notele/punctele de la 1 la 5 de pe fișă. Jetoanele sau punctele sunt adunate, depunctările sunt scăzute, iar copilul poate să păstreze ceea ce i-a mai rămas din aceste jetoane pentru privilegiile de pe lista de acasă.

(cont.)

Un alt program este oferit pentru managementul comportamentelor problematice și al relației cu ceilalți în timpul pauzelor de la școală sau în timpul liber din cursul zilei. Din nou, vă sunt oferite două fișe pe o pagină, pe care le veți putea fotocopiază (xeroxa) și veți putea împărți pagina copiată în două, dublând astfel numărul fișelor. Fișa trebuie completată de educator în timpul fiecărei pauze sau al fiecărei perioade libere. Fișa este verificată de educator atunci când copilul se întoarce în sala de clasă și trebuie trimisă acasă (așa cum a fost descris mai sus) și folosită în stilul sistemului jetoane/puncte. Educatorul trebuie, de asemenea, instruit cum să folosească o procedură „gândiți cu voce tare – gândiți anticipat” împreună cu copilul, chiar înainte de ieșirea copilului în pauză sau în timpul liber. În cadrul acestei proceduri, educatorul (1) recapitulează regulile comportamentului adecvat în pauză împreună cu copilul, menționând că acestea sunt trecute pe fișă, (2) îi amintește copilului că va fi supravegheat de profesorul de serviciu în pauză și (3) îi spune să dea imediat fișa profesorului de serviciu, astfel putând fi evaluat comportamentul copilului în timpul pauzei sau în timpul liber.

Toate aceste fișe ilustrează faptul că, în principiu, aproape toate comportamentele copiilor pot deveni ținta intervenției bazate pe raportarea comportamentelor pe fișe. În cazul în care fișele prezentate aici nu sunt potrivite comportamentelor problematice școlare ale copilului dumneavoastră, concepeți o fișă nouă împreună cu terapeutul dumneavoastră, folosindu-vă de fișele goale pe care le veți găsi la sfârșitul acestei părți. Conceperea acestor fișe nu ia mult timp și ele pot fi foarte utile în îmbunătățirea comportamentelor și a performanțelor școlare ale copilului dumneavoastră.

FIȘĂ DE EVALUARE ZILNICĂ A COMPORTAMENTULUI ȘCOLAR

Numele copilului _____ Data completării _____

Educatori:

Vă rugăm să evaluați comportamentul de astăzi al copilului în domeniile de mai jos. Folosiți o coloană separată pentru fiecare materie sau oră. Utilizați următoarele tipuri de evaluare: 1 = excelent, 2 = bun, 3 = mediu, 4 = slab și 5 = foarte slab. Apoi, treceți-vă inițialele numelui în căsuța de la baza coloanei care vă corespunde. Treceți pe spatele fișei orice comentariu oricând legat de comportamentul de astăzi al copilului.

Comportamente evaluate	Materii						
	1	2	3	4	5	6	7
Participarea la activitățile din clasă							
Performanța în activitățile din clasă							
Respectă regulile clasei							
Se înțelege bine cu ceilalți copii							
Calitatea temei de casă (dacă avea)							
Inițialele educatorului							

Vă rugăm să treceți comentariile pe spatele fișei.

..... tăiați aici după multiplicare

FIȘĂ DE EVALUARE ZILNICĂ A COMPORTAMENTULUI ȘCOLAR

Numele copilului _____ Data completării _____

Educatori:

Vă rugăm să evaluați comportamentul de astăzi al copilului în domeniile de mai jos. Folosiți o coloană separată pentru fiecare materie sau oră. Utilizați următoarele tipuri de evaluare: 1 = excelent, 2 = bun, 3 = mediu, 4 = slab și 5 = foarte slab. Apoi, treceți-vă inițialele numelui în căsuța de la baza coloanei care vă corespunde. Treceți pe spatele fișei orice comentariu legat de comportamentul de astăzi al copilului.

Comportamente evaluate	Materii						
	1	2	3	4	5	6	7
Participarea la activitățile din clasă							
Performanța în activitățile din clasă							
Respectă regulile clasei							
Se înțelege bine cu ceilalți copii							
Calitatea temei de casă (dacă avea)							
Inițialele educatorului							

Vă rugăm să treceți comentariile pe spatele fișei.

FIȘĂ DE EVALUARE ZILNICĂ A COMPORTAMENTULUI ȘCOLAR ÎN PAUZĂ

Numele copilului _____ Data completării _____

Educatori:

Vă rugăm să evaluați comportamentul de astăzi al copilului din timpul pauzei în domeniile menționate mai jos. Folosiți o coloană separată pentru fiecare pauză sau perioadă de timp liber. Utilizați următoarele tipuri de evaluare: 1 = excelent, 2 = bun, 3 = mediu, 4 = slab și 5 = foarte slab. Apoi, treceți-vă inițialele numelui în căsuța de la baza coloanei care vă corespunde. Treceți pe spatele fișei orice comentariu legat de comportamentul copilului.

Comportamente evaluate	Pauză						
	1	2	3	4	5	6	7
Nu se împinge, nu se îmbrânțește							
Nu îi cicălește pe ceilalți; nu îi tachinează							
Respectă regulile pauzei							
Se înțelege bine cu ceilalți copii							
Nu se bate cu ceilalți, nu dă în ceilalți							
Inițialele profesorului							

Vă rugăm să treceți comentariile pe spatele fișei.

..... tăiați aici după multiplicare

FIȘĂ DE EVALUARE ZILNICĂ A COMPORTAMENTULUI ȘCOLAR ÎN PAUZĂ

Numele copilului _____ Data completării _____

Educatori:

Vă rugăm să evaluați comportamentul de astăzi al copilului din timpul pauzei în domeniile menționate mai jos. Folosiți o coloană separată pentru fiecare pauză sau perioadă de timp liber. Utilizați următoarele tipuri de evaluare: 1 = excelent, 2 = bun, 3 = mediu, 4 = slab și 5 = foarte slab. Apoi, treceți-vă inițialele numelui în căsuța de la baza coloanei care vă corespunde. Treceți pe spatele fișei orice comentariu legat de comportamentul copilului.

Comportamente evaluate	Pauză						
	1	2	3	4	5	6	7
Nu se împinge, nu se îmbrânțește							
Nu îi cicălește pe ceilalți; nu îi tachinează							
Respectă regulile pauzei							
Se înțelege bine cu ceilalți copii							
Nu se bate cu ceilalți, nu dă în ceilalți							
Inițialele profesorului							

Vă rugăm să treceți comentariile pe spatele fișei.

FIȘĂ DE EVALUARE ZILNICĂ A COMPORTAMENTULUI ȘCOLAR

Numele copilului _____ Data completării _____

Educatori:

Vă rugăm să evaluați comportamentul de astăzi al copilului în domeniile de mai jos. Folosiți o coloană separată pentru fiecare materie sau oră. Utilizați următoarele tipuri de evaluare: 1 = excelent, 2 = bun, 3 = mediu, 4 = slab și 5 = foarte slab. Apoi, treceți-vă inițialele numelui în căsuța de la baza coloanei care vă corespunde. Treceți pe spatele fișei orice comentariu oricând legat de comportamentul de astăzi al copilului.

Comportamente evaluate	Materii						
	1	2	3	4	5	6	7
Inițialele educatorului							

Vă rugăm să treceți comentariile pe spatele fișei.

..... tăiați aici după multiplicare

FIȘĂ DE EVALUARE ZILNICĂ A COMPORTAMENTULUI ȘCOLAR

Numele copilului _____ Data completării _____

Educatori:

Vă rugăm să evaluați comportamentul de astăzi al copilului în domeniile de mai jos. Folosiți o coloană separată pentru fiecare materie sau oră. Utilizați următoarele tipuri de evaluare: 1 = excelent, 2 = bun, 3 = mediu, 4 = slab și 5 = foarte slab. Apoi, treceți-vă inițialele numelui în căsuța de la baza coloanei care vă corespunde. Treceți pe spatele fișei orice comentariu legat de comportamentul de astăzi al copilului.

Comportamente evaluate	Materii						
	1	2	3	4	5	6	7
Inițialele educatorului							

Vă rugăm să treceți comentariile pe spatele fișei.

FIȘA DE LUCRU PENTRU PĂRINȚI PENTRU ETAPA 9: MANAGEMENTUL PROBLEMELOR COMPORTAMENTALE VIITOARE

Până acum, ați învățat o varietate de metode prin care puteți să recompensați sau să pedepsiți comportamentul copilului dumneavoastră. Sperăm că aceste metode s-au dovedit a fi eficiente în îmbunătățirea comportamentului copilului. Cu toate acestea, majoritatea copiilor dezvoltă la un moment dat comportamente problematice și nu există motive care să vă facă să credeți despre copilul dumneavoastră că el nu va dezvolta noi asemenea probleme pe măsură ce crește. Dar dumneavoastră aveți acum abilitățile necesare prin care să le faceți față, prin simplul fapt că faceți efortul să vă gândiți la ele și stabiliți un plan de management propriu al acestor comportamente problematice. În cele ce urmează, vom descrie câțiva pași prin care puteți face față unor astfel de probleme, în cazul în care acestea apar sau dacă altele vechi își fac din nou apariția.

1. Luați un caiet și începeți să descrieți comportamentul problematic. Încercați să fiți cât se poate de specific când descrieți ceea ce greșește copilul. Ar fi bine să treceti și regula care ar fi trebuit respectată de către copil și care a fost încălcată, să descrieți în ce constă exact greșeala copilului și ce anume faceți dumneavoastră acum pentru a remedia situația.
2. Scrieți acest raport timp de aproximativ o săptămână. Examinați textul și încercați să vedeți care sunt elementele cheie care v-ar putea ajuta în rezolvarea problemei. Mulți părinți își dau seama că au început să adopte din nou modalitățile vechi, ineficiente de a face față problemelor provocate de copil, acest lucru fiind de fapt cauza problemei actuale. În cele ce urmează, vă prezentăm câteva dintre greșelile cele mai obișnuite pe care le fac în mod repetat părinții:
 - a. Repetă prea des comanda/solicitarea adresată copilului;
 - b. Nu dau comenzi eficiente (vezi etapa a treia);
 - c. Nu sunt atenți, nu îi oferă copilului recompense, laude pentru respectarea corectă a regulilor. Au întrerupt prea devreme aplicarea sistemului de recompense cu jetoane sau puncte;
 - d. Nu disciplinează imediat după încălcarea regulilor;
 - e. Întrerup „momentul special” de joacă cu copilul.Evident, dacă simțiți că repetați vechile obiceiuri proaste, corectați-le. Întoarceți-vă și recapitulați fișele de lucru din cadrul acestui program, pentru a vă asigura că aplicați metoda într-un mod corect.
3. Dacă este nevoie, concepeți un program special pentru managementul acestor probleme:
 - a. Explicați-i exact copilului la ce vă așteptați din partea lui în vederea soluționării problemei;
 - b. Concepeți un program de recompense cu jetoane sau puncte prin care puteți recompensa copilul pentru respectarea regulilor;
 - c. Folosiți metoda time-out ori de câte ori apare comportamentul problematic;
 - d. În cazul în care notițele indică faptul că problema pare să apară într-un loc sau o situație specifică, respectați următorii patru pași pe care ați învățat că trebuie să îi folosiți în locuri publice: (1) anticiparea problemei, (2) recapitularea regulilor înainte ca problema să apară, (3) recapitulați împreună cu copilul încurajările pe care le puteți folosi ca recompensă pentru comportamentul adecvat, (4) recapitulați împreună cu copilul pedepsele folosite pentru comportamentul inadecvat;
 - e. Continuați să scrieți, în caietul dumneavoastră, comportamentele problematice, astfel încât să puteți să vă dați seama când acestea încep să se îmbunătățească.
4. În cazul în care aceste metode dau greș și nu funcționează, sunați-l pe terapeutul dumneavoastră și stabiliți o întâlnire la care să vă duceți și notițele.

Bibliografie

- Abidin, R. R. (1986). *The Parenting Stress Index*. Charlottesville, VA: Pediatric Psychology Press.
- Abikoff, H., & Hechtman, L. (1995, June). *Preliminary results of a multi-modal treatment program for ADHD children*. Paper presented at a annual meeting of the International Society for Research in Child and Adolescent Psychopathology, London, England.
- Achenbach, T. M. (1991). *Child Behavior Checklist- Cross-Informant Version*. Burlington, VT: Thomas Achenbach.
- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlington, VT: Thomas Achenbach.
- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. (1986). *Manual for the Teacher Report Form and the Child Behavior Profile*. Burlington, VT: Thomas Achenbach.
- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. (1987). *Manual for the Child Behavior Checklist Youth Self-Report*. Burlington, VT: Thomas Achenbach.
- Achenbach, T. M., McConaughy, S. H., & Howell, C. T. (1987). Child/Adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, 101, 213-232.
- Adams, G. L. (1984). *Normative Adaptive Behavior Checklist*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Adesso, V. J., & Lipson, J. W. (1981). Group training of parents as therapists for their children. *Behavior Therapy*, 12, 625-633.
- Altepeter, T. S., & Breen, M. J. (1992) Situational variation in problem behavior at home and school in attention deficit disorder with hyperactivity: A factor analytic study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 741-748.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., rev.). Washington, DC: Author.
- Americans with Disabilities Act of 1990, 42 U.S.C.A. 12101 *et seq.* (West 1993).
- Anastropoulus, A. D., Guevremont, D. C., Shelton, T. L., & DuPaul, G. J. (1992). Parenting stress Among families of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 503-520.
- Anastropoulus, A. D., Shelton, T. L., DuPaul, G. J., & Guevremont, D. C. (1993). Parent training for attention-deficit hyperactivity disorder: Its impact on parenting functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21, 581-596.
- Anderson, J. C., Williams, S., McGee, R., & Silva, P. A. (1987). DSM-III disorders in preadolescent children. *Archives of General Psychiatry*, 44, 69-78.
- Applegate, B., Lahey, B. B., Hart, E. L., Waldman, I., Biederman, J., Hynd, G. W., Barkley, R. A., Ollendick, T., Frick, P. J., Greenhill, L., McBurnett, K., Newcorn, J., Kerdyk, L., Garinkel, B., & Shaffer, D. (1995). *The age of onset for DSM-IV Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A report of the DSM-IV field trials*. Manuscript submitted for publication.
- Asher, S. R., & Coie, J. D. (1990). *Peer rejection in childhood*. New York: Cambridge University Press.

- Atkenson, B. M., & Forehand, R. (1978). Parent behavioral training for problem children: An examination of studies using multiple outcome measures. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 6, 449-460.
- Arkins, M. S., & Pelham, W. E. (1992). School-based assessments of attention-deficit hyperactivity disorder. In S. E. Shaywitz & B. A. Shaywitz (Eds.), *Attention deficit disorder comes of age: Toward the twenty-first century* (pp. 69-88). Austin, TX: Pro-Ed.
- Bard, J. (1980). *Rational-emotive therapy in practice*. Champaign, IL: Research Press.
- Barkley, R. A. (1981). *Hyperactivity children: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (1985). The social interactions of hyperactive children: Developmental changes, drug effects, and situational variation. In R. McMahon & R. Peters (Eds.), *Childhood disorder: Behavioral-developmental approaches* (pp. 218-243). New York: Brunner/Mazel.
- Barkley, R. A. (1987). *Defiant children: A clinician's manual for parent training*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (1988). Child behavior rating scales and checklists. In M. Rutter, A.H. Tuma, & I.S. Lann (Ed.), *Assessment and diagnosis in child psychopathology* (pp. 113-155). New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (1990). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (1991). *Multimethod intervention with aggressive ADHD children*. National Institute Of Mental Health Grant #45714, Washington, DC.
- Barkley, R. A. (1995). *Taking charge of ADHD: The complete, authoritative guide for parents*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (1996). Attention-deficit/hyperactivity disorder. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Child Psychopathology* (pp. 63-112). New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (in press). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*.
- Barkley, R. A., Anastopoulos, A. D., Guevremont, D. C., & Fletcher, K. F. (1992). Adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: Mother-adolescent interactions, family beliefs and conflicts, and maternal psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 263-288.
- Barkley, R. A., & Edelbrock, C. S. (1987). Assessing situational variation in children's behavior problems: The Home and School Situations Questionnaires. In R. Prinz (Ed.), *Advances in behavioral assessment of children and families* (Vol. 3, pp. 157-176). Greenwich, CT: JAI.
- Barkley, R. A., Fischer, M., Edelbrock, C. S., & Smallish, L. (1990). The adolescent outcome of Hyperactive children diagnosed by research criteria: I. An 8-year prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 546-557.
- Barkley, R. A., Fischer, M., Edelbrock, C. S., & Smallish, L. (1991). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: III. Mother-child interactions, family conflicts, and maternal psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32, 233-256.
- Barkley, R. A., Guevremont, D. C., Anastopoulos, A. D., & Fletcher, K. F. (1992). A comparison of three family therapy programs for treating family conflicts in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 450-462.
- Barkley, R. A., & Murphy, K. R. (1996). Psychological adjustment and adaptive impairments in young adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 1, 41-54.
- Bean, A. W., & Roberts, M. W. (1981). The effects of time-out release contingencies on changes in child noncompliance. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 9, 95-105.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Bell, R. Q., & Harper, L. V. (1977). *Child effects on adults*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

- Biederman, J., Faraone, S. V., Keenan, K., & Tsuang, M. T. (1991). Evidence of a family association between attention deficit disorder and major affective disorders. *Archives of General Psychiatry*, 48, 633-642.
- Biederman, J., Faraone, S. V., Millberger, S., Curtis, S., Chen, L., Marrs, A., Queller, C., Moore, P., & Spencer, T. (1996). Predictors of persistence and remission of ADHD into adolescence: Results from a four-year prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 343-351.
- Biederman, J., Keenan, K., & Faraone, S.V. (1990). Parent-based diagnosis of attention deficit disorder predicts a diagnosis based on teacher report. *American Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 698-701.
- Blum, N. J., Williams, G. E., Friman, P. C., & Christophersen, E. R. (1995). Disciplining young children: The role of verbal instructions and reasoning. *Pediatrics*, 96, 336-341.
- Breen, M. J., & Barkley, R. A. (1988). Child psychopathology and parenting stress in girls and boys having attention deficit disorder with hyperactivity. *Journal of Pediatric Psychology*, 13, 265-280.
- Calvert, S. C., & McMahon, R. J. (1987). The treatment acceptability of a behavioral parent training program and its components. *Behavior Therapy*, 2, 165-179.
- Campbell, S. B. (1990). *Behavior problems in preschool children*. New York: Guilford Press.
- Campbell, S. B., & Ewing, L. J. (1990). Follow-up of hard to manage preschoolers: Adjustment at age 9 and predictors of continuing symptoms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 871-889.
- Capaldi, D. M. (1992). Co-occurrence of conduct problems and depressive symptoms in early adolescent boys: II. A 2-year follow-up at grade 8. *Development and Psychopathology*, 4, 125-144.
- Christensen, A., Johnson, S. M., Phillips, S., & Glasgow, R. E. (1980). Cost effectiveness of behavioral family therapy. *Behavior Therapy*, 11, 208-226.
- Christophersen, E. R., Barnard, J. D. (1981). The family training program manual: The home chip System. In R. A. Barkley, *Hyperactive children: A handbook for diagnosis and treatment* (pp.437-448). New York: Guilford Press.
- Conners, C. K. (1990). *The Conners Rating Scales*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.
- Crits- Christoph, P., & Mintz, J. (1991). Implications of therapists effects for the design and analysis of comparative studies of psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 20-26.
- Cunningham, C. E., Bremner, R., & Boyle, M. (1995). Large group community-based parenting programs for families of preschoolers at risk for disruptive behavior disorders: Utilization, cost effectiveness, and outcome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 1141-1159.
- Dadds, M. R., & McHugh, T. A. (1992). Social support and treatment outcome in behavioral family therapy for child conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 252-259.
- Dadds, M. R., Schwartz, S., & Sanders, M. R. (1987). Marital discord and treatment outcome in behavioral treatment of child conduct disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 396-403.
- Danford, J. S., Barkley, R. A., & Stokes, T. F. (1991). Observations of parent-child interactions with hyperactive children: Research and clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 11, 703-727.
- Dangel, R. F., & Polster, R. A. (Eds). (1984). *Parent training: Foundations of research and practice* New York: Guilford Press.
- Day, D. E., & Roberts, M. W. (1982). An analysis of the physical punishment component of a parent training program. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 11, 141-152.
- Derogatis, L. (1982). *Manual for the Symptom Checklist 90-Revised (SCL-90-R)*. Dallas, TX: Psychological Corporation.
- Dishion, T. J., & Patterson, G. R. (1992). Age effects in parent training outcome. *Behavior Therapy*, 23, 719-729.

- Dodge, K. A., McClaskey, C. L., & Feldman, E. (1985). A situational approach to the assessment of social competence in children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 344-353.
- Dubey, D. R., O' Leary, S. G., & Kaufman, K. F. (1983). Training parents of hyperactive children in child management: A comparative outcome study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 11, 229-246.
- Dumas, J. E., (1984). Interactional correlates of treatment outcome in behavioral parent training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 946-954.
- Dumas, J. E., Gibson, J. A., & Albin, J. B. (1989). Behavioral correlates of maternal depressive Symptomatology in conduct disordered children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 57, 516-521.
- Dumas, J. E., & Wahler, R. G. (1983). Predictors of treatment outcome in parent training: Mother insularity and socioeconomic disadvantage. *Behavioral Assessment*, 5, 301-313.
- Dumas, J. E., & Wahler, R. G., (1985). Indiscriminate mothering as a contextual factor in aggressive-oppositional child behavior: "Damned if you do and damned if you don't." *Journal of Abnormal Child Psychology*, 13, 1-17.
- DuPaul, G. R. (1991). Parent and teacher ratings of ADHD symptoms: Psychometric properties in a community-based sample. *Journal of Clinical Child Psychology*, 20, 245-253.
- DuPaul, G. J., Anastopoulos, A. D., Power, T. J., Reid, R., Ikeda, M. J., & McGoey, K. E. (1996). *Parent ratings of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms: Factor structure, normative data, and psychometric properties*. Manuscript submitted for publication.
- DuPaul, G. J., & Barkley, R. A. (1992). Situational variability of attention problems: Psychometric properties of the Revised Home and School Situations Questionnaires. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21, 178-188.
- DuPaul, G. J., & Barkley, R. A., & McMurray, M. B. (1994). Response of children with ADHD to methylphenidate: Interaction with internalizing symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 894-903.
- DuPaul, G. J., Power, T. J., Anastopoulos, A. D., Reid, R., McGoey, K. E., & Ikeda, M. J. (1996). *Teacher ratings of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms: Factor structure, normative data, and psychometric properties*. Manuscript submitted for publication.
- DuPaul, G. J., Rapport, M. D., & Perriello, L. M. (1991). Teacher ratings of academic skills: The development of the Academic Performance Rating Scale. *School Psychology Review*, 20, 284-300.
- DuPaul, G. J., & Stoner, G. (1994). *ADHD in the schools: Assessment and intervention strategies*. New York: Guilford Press.
- Dyer, W. (1977). *Your erroneous zones*. New York: Guilford Press.
- Ellis, A., & Harper, R. (1975). *A new guide in rational living*. New York: Wilshire.
- Evans, S. W., Vallano, M. D., & Pelham, W. (1994). Treatment of parenting behavior with a psychostimulant: A case study of an adult with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 4, 63-69.
- Eyberg, S. M., & Matarazzo, R. G. (1980). Training parents as therapists: A comparison between individual parent-child interaction training and parent group didactic training. *Journal of Clinical Psychology*, 36, 492-499.
- Eyberg, S. M., & Robinson, E. A. (1982). Parent-child interaction training : Effects on family functioning. *Journal of Clinical Child Psychology*, 11, 130-137.
- Faraone, S. V., Biederman, J., Lehman, B., Keenan, K., Norman, D., Seidman, L. J., Kolodny, R., Kraus, I., Perrin, J., & Chen, W., (1993). Evidence for the independent familial transmission of attention deficit hyperactivity disorder and learning disabilities: Results from a family genetic study. *American Journal of Psychiatry*, 150, 891-895.
- Farrington, D. P. (1995). The twelfth Jack Tizard memorial lecture. The development of offending and antisocial behavior from childhood: Key findings from Cambridge study in delinquent development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 929-964.

- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Lynskey, M. T. (1983). Prevalence and comorbidity of DSM-III-R diagnoses in a birth cohort of 15-year-olds. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 1127-1133.
- Firestone, P., Kelly, M., & Fike, S. (1980). Are fathers necessary in parent training groups? *Journal of Clinical Child Psychology*, 44-47.
- Firestone, P., Kelly, M. J., Goodman, J. T., & Davey, J. (1981). Differential effects of parent training and stimulant medication with hyperactives. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 20, 135-147.
- Firestone, P., Witt, J. E. (1982). Characteristics of families completing and prematurely discontinuing a behavioral parent training program. *Journal of Pediatric Psychology*, 7, 209-222.
- Fischer, M. (1990). Parenting stress and the child with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19, 337-346.
- Fischer, M., Barkley, R. A., Fletcher, K., & Smallish, L. (1993). The stability of dimensions of behavior in ADHD and normal children over an 8-year period. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21, 315-337.
- Fletcher, K., Fischer, M., Barkley, R. A., & Smallish, L. (1996). Sequential analysis of mother-adolescent interactions in ADHD, ADHD/ ODD, and normal teenagers during neutral and conflict discussions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 271-297.
- Forehand, R., & McMahon, R. J. (1981). *Helping the noncompliant child: A clinician's guide to parent training*. New York: Guilford Press.
- Forgatch, M., & Patterson, G. R. (1990). *Parents and adolescents living together*. Eugene, OR: Castalia.
- Frankel, F., & Simmons, J. Q., III. (1992). Parent behavioral training: Why and when some parents drop out. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21, 322-330.
- Frick, P. J., Lahey, B. B., Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M., Christ, M. A., & Hanson, K. (1992). Familial risk factors to oppositional defiant disorder and conduct disorder: Parental psychopathology and maternal parenting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 49-55.
- Frick, P. J., Van Horn, Y., Lahey, B. B., Christ, M. A. G., Loeber, R., Hart, E. A., Tannenbaum, L., & Hanson, K. (1993). Oppositional defiant disorder and conduct disorder: A meta-analytic review of factor analyses and cross-validation in a clinic sample. *Clinical Psychology Review*, 13, 319-340.
- Garfield, S. L., & Bergen, A. E. (Eds.). (1986). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed.). New York: Wiley.
- Goldstein, A. P., Keller, H., & Erne, D. (1985). *Changing the abusive parent*. Champaign, IL: Research Press.
- Goyette, C. H., Conners, C. K., & Ulrich, R. F. (1978). Normative data for Revised Conners Parent and Teacher Rating Scales. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 6, 221-236.
- Green, K. D., Forehand, R., & McMahon, R. J. (1979). Parental manipulation of compliance and noncompliance in normal and deviant children. *Behavior Modification*, 3, 245-266.
- Greene, R. W., Biederman, J., Faraone, S. V., Ouellette, C. A., Penn, C. A., & Griffin, S. M. (1996). Toward a new psychometric definition of social disability in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 571-578.
- Greenhill, L., & Osmon, B. B. (1991). *Ritalin*. New York: Mary Ann Liebert.
- Gresham, F., & Elliott, S. (1990). *Social Skills Rating System*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Haapasalo, J., & Tremblay, R. E. (1994). Physically aggressive boys from ages 6 to 12: Family background, parenting behavior, and prediction of delinquency. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1044-1052.
- Hefer, R. W., & Kelley, M. L. (1987). Mothers' acceptance of behavioral interventions for children: The influence of parent race and income. *Behavior Therapy*, 2, 153-163.

- Hinshaw, S. P. (1987). On the distinction between attentional deficits/hyperactivity and conduct problems/aggression in child psychopathology. *Psychological Bulletin*, 101, 443-463.
- Hinshaw, S. P. (1994). *Attention deficits and hyperactivity in children*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Hinshaw, S. P., & Anderson, C. A. (1996). Conduct and oppositional defiant disorders. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Child psychopathology* (pp. 113-152). New York: Guilford Press.
- Hinshaw, S. P., Han, S. S., Erhardt, D., & Huber, A. (1992). Internalizing and externalizing behavior problems in preschool children: Correspondence among parent and teacher ratings and behavior observations. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21, 143-150.
- Holden, G. W., Lavigne, V. V., & Cameron, A. M. (1990). Probing the continuum of effectiveness in parent training: Characteristics of parents and preschoolers. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19, 2-8.
- Horn, W. F., Ialongo, N., Greenberg, G., Packard, T., & Smith-Winberry, C. (1990). Additive effects of behavioral parent training and self-control therapy with attention deficit hyperactivity disordered children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19, 98-110.
- Horn, W. F., Ialongo, N. S., Pascoe, J. M., Greenberg, G., Packard, T., Lopez, M., Wagner, A., & Puttler, L. (1991). Additive effects of psychostimulants, parent training, and self-control therapy with ADHD children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 233-240.
- Horn, W. F., Ialongo, N., Popovich, S., & Peradotto, D. (1987). Behavioral parent training and cognitive-behavioral self-control therapy with ADHD-H children: Comparative and combined effects. *Journal of Clinical Child Psychology*, 16, 57-68.
- Horton, L. (1984). The father's role in behavioral parent training: A review. *Journal of Clinical Child Psychology*, 13, 274-279.
- Humphreys, L., Forehand, R., McMahon, R., & Roberts, M. (1978). Parent behavioral training to Modify child noncompliance: Effects on untreated siblings. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 9, 1-5.
- Individuals with Disabilities in Education Act of 1974, 20 U.S.C.A. #1400 *et seq.*
- Jensen, P. S., Watanabe, H. K., Richters, J. E., Cortes, R., Roper, M., & Liu, S. (1995). Prevalence of mental disorder in military children and adolescents: Findings from a two-stage community survey. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1514-1524.
- Johnson, S. M., Wahl, G., Martin, S., & Johansson, S. (1973). How deviant is the normal child? A behavioral analysis of the preschool child and his family. In R. D. Rubin, J. P. Brady, & J. D. Henderson (Eds.), *Advances in behavior therapy* (Vol. 4). New York: Academic Press.
- Johnston, C. (1992, February). *The influence of behavioral parent training on inattentive overactive and aggressive-defiant behaviors in ADHD children*. Paper presented at the annual meeting of the Society for Research in Child and Adolescent Psychopathology.
- Johnston, C. (1996). Parent characteristics and parent-child interactions in families of nonproblem children and ADHD children with higher and lower levels of oppositional-defiant behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 85-104.
- Kazdin, A. E. (1980). Acceptability of time out from reinforcement procedures for disruptive child behavior. *Behavior Therapy*, 11, 329-344.
- Kazdin, A. E. (1991). Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 729-740.
- Kazdin, A. E., Esveldt-Dawson, K., French, N. H., & Unis, A. S. (1998). Effects of parent management training and problem-solving skills training combined in the treatment of antisocial child behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 416-424.
- Kazdin, A. E., Siegel, T. C., & Bass, D. (1992). Cognitive problem-solving skills training and parent management training in the treatment of antisocial behavior in children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 733-747.
- Keenan, K., & Shaw, D. S. (1994). The development of aggression in toddlers: A study of low-income families. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22, 53-77.

- Kelley, M. L., Embry, L. H., & Baer, D. M. (1979). Skills for child management and family support. *Behavior Modification*, 3, 373-396.
- Knapp, P. A. & Deluty, R. H. (1989). Relative effectiveness of two behavioral parent training programs. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18, 314-322.
- Lachar, D. (1982). *Personality Inventory for Children (PIC): Revised format manual supplement*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Lahey, B. B., Applegate, B., Barkley, R. A., Garfinkel, B., McBurnett, K., Lerdyk, L., Greenhill, L., Hynd, G. W., Frick, P. J., Newcorn, J., Biederman, J., Ollendick, T., Hart, E. L., Perez, D., Waldman, I., & Shaffer, D. (1994). DSM-IV field trials for Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1163-1171.
- Lahey, B. B., Applegate, B., McBurnette, K., Biederman, J., Greenhill, L., Hynd, G. W., Barkley, R. A., Newcorn, J., Jensen, P., Richters, J., Garfinkel, B., Kerdyk, L., Frick, P. J., Ollendick, T., Perez, D., Hart, E., Waldman, I., & Shaffer, D. (1994). DSM-IV field trials for Attention Deficit Hyperactivity Disorder in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1673-1685.
- Lahey, B. B., & Loeber, R. (1994). Framework for a developmental model of oppositional defiant Disorder and conduct disorder. In D. K. Routh (Ed.), *Disruptive behavior disorders in childhood* (pp. 139-180). New York: Plenum Press.
- Lahey, B. B., & Loeber, R., Quay, H. C., Frick, P. J., & Grimm, J. (1992). Oppositional defiant and conduct disorders: Issues to be resolved for DSM-IV. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 539-546.
- Lahey, B. B., Piacentini, J. C., McBurnette, K., Stone, P., Hardagen, S., & Hynd, G. W. (1988). Psychopathology in the parents of children with conduct disorder and hyperactivity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 163-170.
- Larzelere, R. E. (1996). A review of the outcome of parental use of nonabusive or customary physical punishment. Paper presented at the meeting of the American Academy of Pediatrics, San Francisco.
- Latham, P., & Latham, R. (1992). *ADD and the law*. Washington, DC: JKL Communications.
- Lewinsohn, P. M., Hops, H., Roberts, R. E., Seeley, J. R., & Andrews, J. A. (1993). Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 133-144.
- Lilienfeld, S. O., & Martino, L. (1995). Mental disorder as a Roschian concept: A critique of Wakefield's "harmful dysfunction" analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 411-420.
- Little, L. M., & Keley, M. L. (1989). The efficacy of response cost procedures for reducing children's noncompliance to parental instructions. *Behavior Therapy*, 20, 515-534.
- Locke, H. J., & Wallace, K. M. (1959). Short marital adjustment and prediction tests: Their reliability and validity. *Journal of Marriage and Family Living*, 21, 251-255.
- Loeber, R. (1988). Natural histories of conduct problems, delinquency, and associated substance use. In B. B. Lahey & A. E. Kazdin (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (Vol. 11, pp. 73-124). New York: Plenum Press.
- Loeber, R. (1990). Development and risk factors of juvenile antisocial behavior and delinquency. *Clinical Psychology Review*, 10, 1-41.
- Loeber, R., Green, S., Lahey, B. B., Christ, M. A., & Frick, P. J. (1992). Developmental sequences in the age of onset of disruptive child behaviors. *Journal of Child and Family Studies*, 1, 21-41.
- Loeber, R., Green, S., Lahey, B. B., & Stouthamer-Loeber, M. (1991). Differences and similarities between children, mothers, and teachers as informants on disruptive behavior disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 19, 75-95.
- Loeber, R., Wung, P., Keenan, K., Giroux, B., Stouthamer-Loeber, M., Van Kammen, W. B., & Maughan, B. (1993). Developmental pathways in disruptive child behavior. *Development and Psychopathology*, 5, 101-131.

- Lynskey, M. T., & Fergusson, D. M. (1994). Childhood conduct problems, attention deficit behaviors, and adolescent alcohol, tobacco, and illicit drug use. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 281-302.
- Mann, B. J., Borduin, C. M., Henggeler, S. W., & Blaske, D. M. (1990). An investigation of systemic conceptualizations of parent-child coalitions and symptom change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 336-344.
- Mann, B. J., & MacKenzie, E. P. (1996). Pathways among marital functioning, parental behaviors, and child behavior problems in school-age boys. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25, 183-191.
- Martin, B. (1977). Brief family intervention: Effectiveness and the importance of including the father. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 1002-1010.
- Mash, E. J., & Barkley, R. A. (Eds.). (1989). *Treatment of childhood disorders*. New York: Guilford Press.
- Mash, E. J., & Barkley, R. A. (Eds.). (1996). *Child psychopathology*. New York: Guilford Press.
- Mash, E. J., & Barkley, R. A. (Eds.). (in press). *Treatment of childhood disorders* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Mash, E. J., & Dozois, D. J. A. (1996). Child psychopathology: A developmental systems perspectives. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Child psychopathology* (pp. 3-62). New York: Guilford Press.
- Mash, E. J., Hamerlynch, L. A., & Handy, L. C. (1976). *Behavior modification and families*. New York: Brunner/Mazel.
- Mash, E. J., Handy, L. C., & Hamerlynch, L. (1976). *Behavior modification approaches to parenting*. New York: Brunner/Mazel.
- Mash, E. J., & Johnston, C. (1982). A comparison of mother-child interactions of younger and older hyperactive and normal children. *Child Development*, 53, 1371-1381.
- Mash, E. J., & Johnston, C. (1990). Determinants of parenting stress: Illustrations from families of hyperactive children and families of physically abused children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19, 313-328.
- Mash, E. J., & Terdal, L. G. (Eds.). (1997). *Assessment of childhood disorders*. New York: Guilford Press.
- Matson, J. L. (1993). *Handbook of hyperactivity in children*. Boston: Allyn & Bacon.
- Matson, J. L., Rotatori, A. F., & Helsel, W. J. (1983). Development of a rating scale to measure social skills in children: The Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters (MESSY). *Behavior Research and Therapy*, 21, 335-340.
- McGee, R., Feehan, M., Williams, S., Partridge, F., Silva, P. A., & Kelly, J. (1990). DSM-III disorders in a large sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 611-619.
- McMahon, R. J., & Forehand, R. (1984). Parent training for noncompliant child. In R. F. Dangel & R. A. Polster, (Eds.), *Parent training: Foundations of research and practice* (pp. 298-328). New York: Guilford Press.
- McMahon, R. J., Tiedermann, G. L., Forehand, R., & Griest, D. L. (1984). Parental satisfaction with parent training to modify child noncompliance. *Behavior Therapy*, 15, 295-303.
- Moffitt, T. E. (1990). Juvenile delinquency and attention deficit disorder: Boys' developmental trajectories from age 3 to age 15. *Child Development*, 61, 893-910.
- Murphy, K. R., & Barkley, R. A. (1996a). ADHD adults: Comorbidities and adaptive impairments. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 393-401.
- Murphy, K. R., & Barkley, R. A. (1996b). Parents of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Psychological and attentional impairment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66, 93-102.
- Murphy, K. R., & Barkley, R. A. (1996c). Prevalence of DSM-IV ADHD symptoms in an adult community sample of licensed drivers. *Journal of Attention Disorders*, 1, 147-161.

- Newcomb, A. F., Bukowski, W. M., & Pattee, L. (1993). Children's peer relations: A metaanalytic review of popular, rejected, neglected, controversial, and average sociometric status. *Psychological Bulletin*, 113, 99-128.
- Olson, S. L. (1992). Development of conduct problems and peer rejection in preschool children: A social systems analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 327-350.
- Olweus, D. (1979). Stability of aggressive reaction patterns in males: A review. *Psychological Bulletin*, 86, 852-875.
- Olweus, D. (1980). Familial and temperamental determinants of aggressive behavior in adolescent boys: A causal analysis. *Developmental Psychology*, 16, 644-660.
- Palfrey, J. S., Levine, M. D., Walter, D. K., & Sullivan, M. (1985). The emergence of attention deficits in early childhood: A prospective study. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 6, 339-348.
- Paternite, C., & Loney, J. (1980). Childhood hyperkinesis: Relationships between symptomatology and home environment. In C. K. Whalen & B. Henker (Eds.), *Hyperactive children: The social ecology of identification and treatment* (pp. 105-141). New York: Academic Press.
- Patterson, G. R. (1976). The aggressive child: Victim and architect of a coercive system. In E. J. Mash, L. A. Hamerlynch, & L. C. Handy (Eds.), *Behavior modification and families* (pp. 267-316). New York: Bruner/Mazel.
- Patterson, G. R. (1982). *Coercive family process*. Eugene, OR: Castalia.
- Patterson, G. R., & Chamberlain, P. (1994). A functional analysis of resistance during parent-training therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1, 53-70.
- Patterson, G. R., & Chamberlain, P., & Reid, J. B. (1982). A comparative evaluation of a parent training program. *Behavior Therapy*, 13, 638-650.
- Patterson, G. R., Dishon, T. J., & Chamberlain, P. (1993). Outcomes and methodological issues relating to treatment of antisocial children. In T. R. Giles (Ed.), *Handbook of effective psychotherapy*. New York: Plenum Press.
- Patterson, G. R., & Fleischman, M. J. (1979). Maintenance of treatment effects: Some considerations concerning family systems and follow-up data. *Behavior Therapy*, 10, 168-185.
- Patterson, G. R., & Forgatch, M. S. (1985). Therapist behavior as a determinant for client noncompliance: A paradox for the behavior modifier. *Journal of Consulting Psychology*, 53, 846-851.
- Patterson, G. R., Reid, J. B., & Dishon, T. J. (1992). *Antisocial boys*. Eugene, OR: Castalia.
- Patterson, G. R., Reid, J. B., Jones, R. R., & Conger, R. E. (1975). A social learnign approach to family intervention (Vol. 1). Eugene, OR: Castalia.
- Pearson, J. L., Iolongo, N. S., Hunter, A. G., & Kellam, S. G. (1993). Family structure and aggressive behavior in a population of urban elementary school children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 540-548.
- Pelham, W. E., Jr., Gnagy, E. M., Greenslade, K. E., & Milich, R. (1992). Teacher ratings of DSM-III symptoms for the disruptive behavior disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 210-218.
- Pelham, W. E., Jr., & Lang, A. R. (1993). Parental alcohol consumption and deviant child behavior. Laboratory studies of reciprocal effects. *Clinical Psychology Review*, 13, 763-784.
- Piffner, L. J., Jouriles, E. N., Brown, M. M., Etscheidt, M. A., & Kelly, J. A. (1988, November). *Enhancing the effects of parent training for single-parent families*. Paper presented at 22nd annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, New York.
- Pisterman, S., McGrath, P., Firestone, P., Goodman, J. T., Webster, I., & Mallory, R. (1989). Outcome of parent-mediated treatment of preschoolers with attention deficit disorder with hyperactivity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 628-635.
- Pollard, S., Ward, E., & Barkley, R. (1983). The effects of parent training and Ritalin on the parentchild interaction of hyperactive boys. *Child and Family Behavior Therapy*, 5, 51-69.

- Prinz, R. J., & Miller, G. E. (1994). Family-based treatment for childhood antisocial behavior: Experimental influences on dropout and engagement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 645-650.
- Priz, M. (1992). Childhood temperament. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 249-279.
- Quici, F. L., Wheeler, S. R., & Bolle, J. (1996, March). *Does training parents of defiant children really work? Seven years of data*. Paper presented at the annual meeting of the National Association of School Psychologists, Atlanta, GA.
- Rappoport, M. D., & Kelly, K. L. (1993). Psychostimulant effects on learning and cognitive function in children with attention deficit hyperactivity disorder: Findings and implications. In J. L. Matson (Ed.), *Hyperactivity in children: A handbook* (pp. 97-136). New York: Pergamon Press.
- Rehabilitation Act of 1973, 29 U.S.C.A. # 701 et seq.
- Reynolds, C., & Kamphaus, R. (1994). *Behavioral Assessment System for Children*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Richters, J. E., & Cichetti, D. (1993). Mark Twain meets DSM-III-R: Conduct disorder, development, and the concept of harmful dysfunction. *Development and Psychopathology*, 5, 5-29.
- Roberts, M. W. (1982). Resistance to timeout: Some normative data. *Behavioral Assessment*, 4, 237-246.
- Roberts, M. W. (1985). Praising child compliance: Reinforcement or ritual? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 13, 611-629.
- Roberts, M. W., Hatzenbuehler, L. C., & Bean, A. W. (1981). The effects of differential attention and time out on child noncompliance. *Behavior Therapy*, 12, 93-99.
- Roberts, M. W., McMahon, R. J., Forehand, R., & Humphreys, L. (1978). The effects of parental instruction-giving on child compliance. *Behavior Therapy*, 9, 793-798.
- Robin, A. L. (1979). Problem-solving communication training: A behavioral approach to the treatment of parent-adolescent conflict. *American Journal of Family Therapy*, 7, 69-82.
- Robin, A. L. (1981). A controlled evaluation of problem-solving communication training with parent-adolescent conflict. *Behavior Therapy*, 12, 593-609.
- Robin, A. L. (1984). Parent-adolescent conflict: A developmental problem of families. In R. McMahon & R. Peters (Eds.), *Childhood disorder: Developmental-behavioral approaches* (pp. 224-266). New York: Brunner/Mazel.
- Robin, A. R., & Foster, S. L. (1989). *Negotiating parent-adolescent conflict: A behavioral-family systems approach*. New York: Guilford Press.
- Rogers, T. R., Forehand, R., Griest, D. L., Wells, K. C., & McMahon, R. J. (1981). Socioeconomic status: Effects of parent and child behaviors and treatment outcome of parent training. *Journal of Clinical Child Psychology*, 10, 98-101.
- Roizen, D. C., Blondis, T. A., Irwin, M., & Stein, M. (1994). Adaptive functioning in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 148, 1137-1142.
- Russo, D. C., Cataldo, M. F., & Cushing, P. J. (1981). Compliance training and behavioral covariation in the treatment of multiple behavior problems. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 14, 209-222.
- Salzinger, S., Kaplan, S., & Artemyeff, C. (1983). Mothers' personal social networks and child maltreatment. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 68-76.
- Sanders, M. R. (1996). New directions in behavioral family intervention with children. In T. H. Ollendick & R. J. Prinz (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (Vol. 18, pp. 283-330). New York: Plenum Press.
- Sanders, M. R., & Christensen, A. P. (1984). A comparison of the effects of child management and planned activities training in five parenting environments. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 13, 101-117.
- Sanders, M. R., & Dadds, M. R. (1982). The effects of planned activities and child management procedures in parent training: An analysis of setting generality. *Behavior Therapy*, 13, 452-461.

- Sanders, M. R., & Glynn, T. (1981). Training parents in behavioral self-management: An analysis of generalization and maintenance. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 14, 223-237.
- Schachar, R., & Wachsmuth, R. (1990). Oppositional Disorder in children: A validation study comparing Conduct Disorder, Oppositional Disorder and normal control children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 1089-1102.
- Schaefer, C. E., & Briesmeister, J. M., (1989). *Handbook of parent training*. New York: Wiley.
- Shaw, D. S., & Vondra, J. I. (1995). Infant attachment security and maternal predictors of early behavior problems: A longitudinal study of low-income families. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 335-357.
- Shekim, W., Asarnow, R. F., Hess, E., Zaucha, K., & Wheeler, N. (1990). An evaluation of attention deficit disorder- residual type. *Comprehensive Psychiatry*, 31, 416-425.
- Shriver, M. D., & Allen, K. D. (1996). The time-out grid: A guide to effective discipline. *School Psychology Quarterly*, 11, 67-75.
- Sleator, E. K., & Ullmann, R. K. (1981). Can the physician diagnose hyperactivity in the office? *Pediatrics*, 67, 13-17.
- Snyder, J., & Brown, K. (1993). Oppositional behavior and noncompliance in preschool children: Environmental correlates and skills deficits. *Behavioral Assessment*, 5, 333-348.
- Snyder, J., & Patterson, G. R. (1995). Individual differences in social aggression: A test of the reinforcement model of socialization in the natural environment. *Behavior Therapy*, 26, 371-391.
- Socolar, R. S., & Stein, R. E. K. (1995). Spanking infants and toddlers: Maternal belief and practice. *Pediatrics*, 95, 105-111.
- Spaccarelli, S., Cotler, S., & Penman, D. (1992). Problem-solving skills training as a supplement to behavioral parent training. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 1-18.
- Sparrow, S. S., Baila, D. A., & Cicchetti, D. V. (1984). *Vineland Adaptive Behavior Scales*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Speltz, M. L., DeKlyen, M., Greenberg, M.T., & Dryden, M. (1995). Clinic referral for oppositional defiant disorder: Relative significance of attachment and behavioral variables. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 487-507.
- Spitzer, A., Webster-Stratton, C., & Hollinsworth, T. (1991). Coping with conduct-problem children: Parents gaining knowledge and control. *Journal of Clinical Child Psychology*, 20, 413-427.
- Stormont-Spurgin, M., & Zentall, S. S. (1995). Contributing factors in the manifestation of aggression in preschoolers with hyperactivity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 3, 491-509.
- Strain, P. S., Steele, P., Ellis, T., & Timm, M. A. (1982). Long-term effects of oppositional child treatment with mothers as therapists and therapist trainers. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 15, 163-169.
- Strain, P. S., Young, C. C., & Horowitz, J. (1981). Generalized behavior change during oppositional child training: An examination of child and family demographic variables. *Behavior Modification*, 5, 15-26.
- Strassberg, Z., Dodge, K. A., Petit, G. S., & Bates, J. E. (1994). Spanking in the home and children's subsequent aggression toward kindergarden peers. *Development and Psychopathology*, 6, 445-461.
- Strayhorn, J. M., & Weidman, C. S. (1989). Reduction of attention deficit and internalizing symptoms in preschoolers through parent-child interaction training. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 888-896.
- Strayhorn, J. M., & Weidman, C. S. (1991). Follow-up one year after parent-child interaction training: Effects on behavior of preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 138-143.

- Swanson, J. M., McBurnett, K., Christian, D. L., & Wigal, T. (1995). Stimulant medications and the Treatment of children with ADHD. In T. H. Ollendick & R. J. Prinz (Ed.), *Advances in clinical child psychology* (Vol. 17, pp. 265-321). New York: Plenum Press.
- Tolan, P. H. (1987). Implications of age of onset for delinquency risk. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15, 47-65.
- Tremblay, R. E., Masse, B., Perron, D., Leblanc, M., Schwartzman, A. E., & Ledingham, J. E. (1992). Early disruptive behavior, poor school achievement, delinquent behavior, and delinquent personality: Longitudinal analyses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 65-72.
- Tremblay, R. E., Pihl, R. O., Vitato, F., & Dobkin, P. L. (1994). Predicting early onset of male anti social behavior from preschool behavior. *Archives of General Psychiatry*, 51, 732-738.
- Tschann, J. M., Kaiser, P., Chesney, M. A., Alkon, A., & Boyce, W. T. (1996). Resilience and vulnerability among preschool children: Family functioning, temperament, and behavior problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 184-191.
- Vaden-Kiernan, N., Ialongo, N. S., Pearson, J., & Kellam, S. (1995). Household family structure and children's aggressive behavior: A longitudinal study of urban elementary school children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 553-568.
- Vuchinich, S., Bank, L., & Patterson, G. R. (1992). Parenting, peers, and the stability of antisocial behavior in preadolescent boys. *Developmental Psychology*, 28, 510-521.
- Wahler, R. (1975). Some structural aspects of deviant child behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 8, 27-42.
- Wahler, R. G. (1980). The insular mother: Her problem in parent-child treatment. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 13, 207-219.
- Wahler, R. G., & Afton, A. D. (1980). Attentional processes in insular and noninsular mothers: Some differences in their summary reports about child problem behaviors. *Child Behavior Therapy*, 2, 25-41.
- Wahler, R. G., Cartor, P. G., Fleischman, J., & Lambert, W. (1993). The impact of synthesis teaching and parent training with mothers of conduct-disordered children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21, 425-440.
- Wahler, R. G., & Fox, J. J. (1980). Solitary toy play and time out: A family treatment package for children with aggressive and oppositional behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 13, 23-39.
- Wahler, R. G., & Graves, M. G. (1983). Setting events in social networks: Ally or enemy in child behavior therapy? *Behavior Therapy*, 14, 19-36.
- Wakefield, J. C. (1992). Disorder as harmful dysfunction: A conceptual critique of DSM-III-R's definition of mental disorder. *Psychological Review*, 99, 232-247.
- Webster-Stratton, C. (1982). The long-term effects of a videotape modeling parent-training program: Comparison of immediate and 1-year follow-up results. *Behavior Therapy*, 13, 702-714.
- Webster-Stratton, C. (1984). Randomized trial of two parent-training programs for families with conduct disordered children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 666-678.
- Webster-Stratton, C. (1991). Stress: A potential disruptor of parent perceptions and family interactions. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19, 302-312.
- Webster-Stratton, C., & Hammond, M. (1990). Predictors of treatment outcome in parent training for families with conduct problem children. *Behavior Therapy*, 21, 319-337.
- Webster-Stratton, C., Hollinsworth, T., & Kolpacoff, M. (1989). The long-term effectiveness and clinical significance of three cost-effective training programs for families with conduct problem children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 550-553.
- Webster-Stratton, C., Kolpacoff, M., & Hollinsworth, T. (1995). Self-administered videotape therapy for families with conduct-problem children: Comparison with two cost-effective treatments and a control group. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 558-566.

- Webster-Stratton, C., & Spitzer, A. (1996). Parenting a young child with conduct problems. In T. H. Ollendick & R. J. Prinz (Eds), *Advances in clinical child psychology* (Vol. 18, pp. 1-62). New York: Plenum Press.
- Weiss, G. (1992, October). *Child and adolescent psychiatry clinics of North America: Vol. 1. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder*. Philadelphia: Saunders.
- Weiss, G., & Hechtman, L. T. (1993). *Hyperactive children grown up (2nd ed.): ADHD in children, adolescents, and adults*. New York: Guilford Press.
- Wells, K. C., & Forehand, R. (1985). Conduct and Oppositional Disorders. In P. H. Bornstein & A. E. Kazdin (Eds.), *Handbook of clinical disorder therapy with children* (pp. 219-265). Champaign, IL: Dorsey Press.
- Wells, K. C., Forehand, R., & Griest, D. L. (1980). Generality of treatment effects from treated to untreated behaviors resulting from parent training program. *Journal of Clinical Child Psychology*, 9, 217-219.
- Wenning, K., Nathan, P., & King, S. (1993). Mood disorders in children with oppositional defiant disorder: A pilot study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63, 295-299.
- Werry, J., & Aman, M. (1993). *Practitioner's guide to psychoactive drugs for children and adolescents*. New York: Plenum Press.
- Werry, J., & Aman, M. (in press). *Practitioner's guide to psychoactive drugs for children and adolescents* (2nd ed.). New York: Plenum Press.
- Williams, C. A., & Forehand, R. (1984). An examination of predictor variables for child compliance and noncompliance. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 12, 491-504.
- Worland, J., Carney, R., Milich, R., & Grame, C. (1980). Does in-home training add to the effectiveness of operant group parent training? *Child Behavior Therapy*, 2, 11-24.
- Wozniak, J., & Biederman, J. (1995). Prepubertal mania exists (and co-exists with ADHD). *ADHD Report*, 2(3), 5-6.
- Zoccolillo, M. (1993). Gender and the development of conduct disorder. *Development and Psychopathology*, 5, 65-78.



ASCR Editura ASCR

vă recomandă

- Adriana Băban, *Consiliere educațională. Ghid metodologic pentru orele de dirigenție și consiliere*, 2009
- Oana Benga (coordonator), *Jocuri terapeutice*, 2009
- Adina Botiș Matanie, Anca Axente, *Disciplinarea pozitivă sau cum să disciplinezi fără să rănești*, 2009
- Sofia Chirică, Daniela Andrei, Cătălina Ciuce, *Aplicații practice ale psihologiei organizaționale*, 2009
- Corneliu-Marius Cioara, *Biasarea atenției în anxietate*, 2009
- Theodor Hellbrügge, J. Hermann von Wimpffen, *Primele 365 de zile din viața unui copil*, 2009
- Thea Ionescu, *Copiii fac ordine! Categorizarea la vârsta preșcolară*, 2008
- Philippe Jonnaert, Moussadak Ettayebi, Rosette Defise, *Curriculum și competențe. Un cadru operațional*, 2010
- Robert L. Leahy, Stephen J. Holland, *Planuri de tratament și intervenții pentru depresie și anxietate*, 2010
- Gabriela Lemeni, Anca Axente, *Consiliere și Orientare. Ghid de educație pentru carieră. Activități pentru clasele IX-XII/SAM*, 2004
- Gabriela Lemeni, Loredana Mihalca, Codruța Mih, *Consiliere și Orientare. Ghid de educație pentru carieră. Activități pentru clasele I-IV*, 2010
- Gabriela Lemeni, Mihaela Porumb, *Consiliere și Orientare. Ghid de educație pentru carieră. Activități pentru clasele V-VIII*, 2008
- Gabriela Lemeni, Mircea Miclea, *Consiliere și Orientare. Ghid de educație pentru carieră*, 2010
- Viorel Lupu, *Abordarea cognitiv-comportamentală în sexologie*, 2010
- Viorel Lupu, *Introducere în hipnoterapia și în psihoterapia cognitiv-comportamentală a copilului și a adolescentului*, 2009
- Viorel Mih, *Psihologie educațională* (vol. I și II), 2010
- Andrei C. Miu, *Emoție și cogniție. Lateralizare cerebrală, diferențe individuale și de gen*, 2008
- Cristian Opariuc-Dan, *Statistică aplicată în științele socio-umane. Noțiuni de bază – statistici univariate*, 2009
- Ionel Papuc, Monica Albu, Nicolae Jurcău, *Procesul decizional managerial în sfera educațională*, 2011
- Ronald M. Rapee, Ann Wignall, Jennifer L. Hudson, Carolyn A. Schniering, *Tratamentul anxietății la copii și adolescenți. O abordare fundamentată științific*, 2009, 2011
- Ronald M. Rapee, Susan H. Spence, Vanessa Cobham, Ann Wignall, *Cum să vă ajutați copilul cu probleme de anxietate*, 2007, 2011
- Rudolph Schaffer, *Introducere în psihologia copilului*, 2004, 2007, 2010
- Catrinel A. Ștefan, Kállay Éva, *Dezvoltarea competențelor emoționale și sociale la preșcolari. Ghid practic pentru educatori*, 2007, 2010
- Catrinel A. Ștefan, Kállay Éva, *Dezvoltarea competențelor emoționale și sociale la preșcolari. Ghid practic pentru părinți*, 2007, 2010
- Laura Visu-Petra, *The multidimensional development of executive functioning. A neuropsychological approach*, 2008
- Wass Albert, *Povești. Cartea pădurilor. Cartea lacurilor*, 2010

*

SOFT EDUCAȚIONAL, *Cifrele* (pentru copiii de 5-9 ani), 2010

SOFT EDUCAȚIONAL, *Literele* (pentru elevii din clasele I și a II-a), 2010

SOFT EDUCAȚIONAL, *Naufragați pe insula calculelor* (pentru elevii din clasele I și a II-a), 2010

COPILUL DIFICIL

Manualul terapeutului pentru evaluare și pentru trainingul părinților

Ediția a doua

Russel A. Barkley

„Copilul dificil este un manual foarte bine organizat și ușor de înțeles..... o resursă extrem de utilă.”

Journal of Clinical Child Psychology

„Dr. Barkley este un profesor extraordinar... claritatea și meticulozitatea prezentării tehnicilor este îmbinată cu experiența derivată din munca sa cu familiile care au copii dificili. Îmbinarea rigurozității științifice cu experiența practică face ca acest manual să fie ușor de citit și de utilizat”

Eric J. Mash, PhD

„Practicienii și clinicienii vor desoperi în această nouă ediție a cărții Copilul dificil o resursă valoroasă care poate fi utilizată permanent în activitatea lor cu părinții.”

Robert J. McMahon, PhD



Acest manual scris într-un mod remarcabil de clar și eficient include un ghid clinic elaborat de Dr. Barkley care cuprinde 10 sesiuni pentru un program de training al părinților, o sesiune de evaluare care integrează criteriile de diagnostic din DSM IV și materiale utile care întăresc fiecare etapă a programului.

Practicienii învață tehnicile oferite, pentru a-i ajuta pe părinți:

- să înțeleagă comportamentele neadecvate ale copiilor;
- să-i motiveze pe copii și să crească gradul lor de complianță;
- să reducă frecvența comportamentelor noncompliance;
- să stabilească sisteme de disciplinare adecvate, fără a folosi pedeapsa fizică;
- să îmbunătățească comportamentul școlar al copiilor cu un nou sistem de recompense utilizat acasă.

Dr. Russell A. Barkley este o autoritate recunoscută la nivel internațional în ceea ce privește ADHD la copii și adulți. Autorul s-a specializat în ADHD de mai bine de 30 de ani și a publicat în acest domeniu numeroase cărți, studii, programe video.

ISBN 978-606-8244-18-1



9 786068 244181

Editura ASCR
ASCRED

contact | comenzi:
tel. | fax: 0264 581 499
comenzi@ascresd.ro
ed.ascresd@gmail.com
www.ascresd.ro